

BLENDA LEITE SATURNINO PEREIRA

**OS FUNDOS MUNICIPAIS DE SAÚDE:
UMA ANÁLISE DOS MUNICÍPIOS DAS CAPITAIS BRASILEIRAS**

Brasília, 2013

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

BLEND A LEITE SATURNINO PEREIRA

OS FUNDOS MUNICIPAIS DE SAÚDE:
UMA ANÁLISE DOS MUNICÍPIOS DAS CAPITAIS BRASILEIRAS

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do Título de Mestre em Ciências
da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Áquilas Nogueira Mendes

Brasília, 2013

BLENDA LEITE SATURNINO PEREIRA

OS FUNDOS MUNICIPAIS DE SAÚDE:
UMA ANÁLISE DOS MUNICÍPIOS DAS CAPITAIS BRASILEIRAS

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovado em 6 de agosto de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Áquilas Nogueira Mendes
Universidade de São Paulo

Nelson Rodrigues dos Santos
Universidade Estadual de Campinas

Everton Nunes Silva
Universidade Brasília

A Ricardo, meu marido pelo apoio incondicional.
A Beatriz, minha linda e amada filha, pela alegria de viver que traz em seus olhos.
A minha mãe, pela dedicação e pelo exemplo de vida.

AGRADECIMENTOS

Durante minha jornada do Mestrado, descobri que iria ser mãe. Conciliar momentos tão especiais e de tão alta exigência física e mental foi grande desafio. Beatriz veio para iluminar nossas vidas e trazer a alegria contagiante que irradia quando abre um sorriso.

Escrever uma dissertação de Mestrado é uma experiência enriquecedora e de plena superação. A elaboração deste trabalho não teria sido possível sem a colaboração e o estímulo de diversas pessoas.

Quero agradecer primeiramente a Deus por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades, mostrar os caminhos nas horas incertas e me suprir em todas as minhas necessidades.

A meu orientador, Áquilas Nogueira Mendes, pela cordialidade que sempre me recebeu, por acreditar em mim e por ser exemplo de profissional o qual será sempre minha referência.

Aos professores do Mestrado de Saúde Coletiva, pela dedicação aos alunos; em especial, à professora Maria Fátima de Souza.

A minha família, pelo carinho, paciência e incentivo.

Aos amigos que fizeram parte desses momentos sempre me ajudando e incentivando.

À Diretoria do CONASEMS, em especial, Antônio Carlos Figueiredo Nardi, pelo apoio e pela confiança.

Aos meus colegas do CONASEMS que me apoiaram e acreditaram neste trabalho.

A minha mãe, Maria Lucia, grande defensora do Sistema Único de Saúde, pela sólida formação dada, que me proporcionou chegar a este mestrado, o meu eterno agradecimento.

A meu irmão Pedro Henrique, pela amizade e pelo incentivo sempre.

E, finalmente, a meu marido Ricardo Pereira, agradeço todo o seu amor, carinho, admiração, e pela presença incansável com que me apoiou ao longo de toda minha gestação e maternidade e neste período de elaboração desta dissertação.

RESUMO

A descentralização das ações de saúde trouxe muitos desafios para a gestão local, pois foi transferido para a administração municipal boa parte das responsabilidades de execução das ações e também dos recursos a serem despendidos neste segmento. A partir desta descentralização, alguns instrumentos foram criados para facilitar a gestão dos recursos e, entre eles, os fundos de saúde. A gestão dos fundos de saúde ainda é um desafio, considerando-se as questões multidisciplinares envolvidas. O estudo teve como objeto analisar a organização dos fundos municipais de saúde a partir da análise das leis de criação dos fundos municipais de saúde de 19 capitais brasileiras por meio dos Instrumentos de Criação, dos objetivos previstos nos instrumentos, da composição dos recursos financeiros, da responsabilidade legal pela administração e da responsabilidade de fiscalização. Observa-se a importância da Gestão dos Recursos do SUS por meio dos Fundos de Saúde, possibilitando a visualização das fontes de receitas, do volume de recursos transferidos e aplicados, dos rendimentos financeiros além das despesas realizadas, dessa forma facilitando o controle social permitindo a aplicação de recursos exclusivamente para a saúde. Recomenda-se ainda a necessidade de revisão das leis, a criação com vistas a atender a realidade local e em função das inovações legais estabelecidas pela Lei Complementar 141. É preciso desenvolver ações que visem a melhores resultados na aplicação dos recursos existentes, para que, dessa forma, possam suprir as novas e crescentes demandas nas ações e nos serviços públicos de saúde.

Palavras-Chave: Financiamento da Saúde, Sistema Único de Saúde, Gestão em Saúde.

ABSTRACT

Health services decentralization has brought many challenges for local management, transferring to the municipal administration much of the responsibility for implementing actions, as well as the resources to be spent in this segment. Based on this decentralization some instruments have been created to facilitate the management of resources and among them health funds. The management of health funds remains a challenge, considering the multidisciplinary issues involved. This study aimed at analyzing the organization of municipal health funds from the analysis of the laws creating municipal health funds in 19 state capitals through the Instruments of Creation, the objectives set out in the instruments, the composition of financial resources, the liability for the Administration and Surveillance. It was observed the importance of the Resource Management of SUS through Health Funds, enabling the visualization of revenue sources, the volume of transferred and applied funds, financial earnings beyond expenses incurred, and consequently facilitating social control allowing application of resources exclusively to health. It is also recommended the necessity to revise the laws creating municipal health funds in order to meet the local reality and in accordance with the established legal innovations by Complementary Law 141. Aiming at better results it is necessary to develop actions to make wiser application of existing resources, so they can meet the new and growing demands in actions and public health services.

Keywords: Healthcare Financing; Unified Health System; Health Management

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CGR – Colegiado de Gestão Regional

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

Cofins – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

EC – Emenda Constitucional

FMS – Fundo Municipal de Saúde

GM – Gabinete do Ministro

Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LC – Lei Complementar

Noas – Norma Operacional de Assistência a Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

PAB – Piso de Atenção Básica

PEC – Proposta de Emenda Constitucional

Siops – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1 – Transferências de Recursos Federais para os Fundos de Saúde das capitais brasileiras no exercício de 2012.....	32
Tabela 2 – Despesa com Recursos Próprios das capitais brasileiras nos exercícios de 2010 a 2011.	34
Quadro 1 – Relação das Capitais analisadas no estudo e sua respectiva população em 2010.	38
Quadro 2 – Relação de instrumentos utilizados e o seu período de criação das capitais brasileiras pesquisadas.....	39
Quadro 3 – Relação dos objetivos previstos nas Leis de Criação dos FMS analisadas.	40
Quadro 4 – Composição dos recursos financeiros e dos ativos previstos nas Leis de Criação do FMS.	43
Quadro 5 – Base de cálculo municipal para a definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde.....	48
Quadro 6 – Responsabilidade legal pela Administração do FMS.....	49
Quadro 7 – Participação do Controle Social na fiscalização da Gestão do FMS.	51

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 O FINANCIAMENTO DO SUS.....	12
1.1.1 Antecedentes	12
1.1.2 O Papel das Normas Operacionais Básicas no Financiamento da Saúde	16
1.1.3 A Regulamentação da Emenda Constitucional 29: Lei Complementar 141	21
1.1.3.1 Da definição das ações e serviços de saúde.....	22
1.2 O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE: CARACTERÍSTICAS LEGAIS E ESTRUTURAIS	25
1.2.1 Fundos Especiais	26
1.2.2 Os Fundos de Saúde	29
2 OBJETIVOS	36
2.1 OBJETIVO GERAL	36
2.1.2 Objetivo Específico.....	36
3 METODOLOGIA.....	37
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO	38
4.1 ANÁLISE DOS FUNDOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DAS CAPITAIS BRASILEIRAS	38
4.1.1 Análise dos Instrumentos de Criação	38
4.1.2 Análise dos Objetivos	40
4.1.3 Análise Composição dos Recursos Financeiros	42
4.1.4 Análise da Responsabilidade Legal pela Administração	49
4.1.5 Responsabilidade de Fiscalização	51
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

1 INTRODUÇÃO

A descentralização das ações de saúde trouxe muitos desafios para a gestão local, pois foi transferido para a administração municipal boa parte das responsabilidades de execução das ações e também dos recursos a serem despendidos neste segmento. A lógica que norteou a decisão do Ministério da Saúde foi a da reorganização do modelo assistencial do SUS, no qual o município passava a ser o principal executor. Segundo Mendes (2005), a partir desta descentralização alguns instrumentos foram criados para facilitar a gestão dos recursos e dentre eles os fundos de saúde.

A rigor, o processo de descentralização das políticas públicas, entre elas as políticas sociais, é uma conquista que se deu junto com o processo de redemocratização do País, marcado tanto pela recuperação das questões políticas, fiscais, técnicas e administrativas, por parte dos estados e municípios, bem como pela diminuição da elevada margem de centralização da União. (MENDES, 2005)

A gestão dos fundos de saúde ainda é um desafio, considerando as questões multidisciplinares envolvidas. A legislação muitas vezes não é clara conceitualmente e a literatura a respeito é escassa além dos conceitos muitas das vezes não são pacificados em vários pontos. O arcabouço jurídico que normatiza os fundos de saúde são a Constituição Federal, a Lei Orgânica do SUS e mais recentemente a Lei Complementar 141.

O objetivo deste estudo é analisar a organização dos fundos municipais de saúde. Para tanto, esta dissertação está estruturada em três seções. O primeiro aborda as características e o desenvolvimento do financiamento do SUS ao longo do período de sua existência. O segundo apresenta as características gerais dos fundos especiais, com destaque para a legislação específica do Fundo de Saúde, enquanto mecanismo orçamentário-financeiro das ações e serviços de saúde. O terceiro analisa as leis de criação dos fundos de saúde das capitais identificando seus aspectos legais, os objetivos do FMS, composição dos recursos financeiros e dos ativos, a responsabilidade legal pela administração e a responsabilidade pela sua fiscalização.

Não podemos negar que a criação dos fundos de saúde foi importante para a garantia dos recursos mínimos para investimento na saúde e última instância superar as desigualdades.

1.1 O FINANCIAMENTO DO SUS

A história da Saúde Pública no Brasil nos revela uma constante discussão acerca da definição de fontes seguras para o financiamento do setor saúde. Desde as defesas feitas nas lutas constitucionais de 1988 à evolução para a Emenda Constitucional 29, o objetivo maior era justamente garantir o direito à saúde aos cidadãos brasileiros. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi introduzido pela Constituição Federal Brasileira promulgada em 05 de outubro de 1988. Também chamada como “Constituição Cidadã” a Carta magna estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

1.1.1 Antecedentes

O financiamento da saúde tem se destacado do ponto de vista econômico, há pouco tempo. Médici (1994) afirma que até a década de 1930, a questão do financiamento da saúde ocupava, em geral, o capítulo das ações de saneamento e combate as endemias. O autor salienta também que:

[...] os mecanismos de assistência médica, os quais em geral consomem a maior parte do gasto em saúde, não estavam totalmente dentro do aparelho do Estado, na medida em que eram, em sua maior parte, financiados pelos próprios consumidores de serviços de saúde, por instituições filantrópicas ou por meio dos fundos de previdência sociais, formados por contribuições de empresas, trabalhadores e, em menor proporção, por recursos públicos.

A abrangência da atual política de saúde no Brasil encontra-se definida nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal (BRASIL, 1988). Santos (2012) afirma que, diante do conceito trazido pela Constituição abandonou-se um sistema que apenas considerava a saúde pública como dever do estado no sentido de coibir ou evitar a propagação de doenças que colocam em risco a saúde da coletividade e

assumiu-se que o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que evitem o agravamento da saúde. Médici (1994) nos coloca que existem três questões que se sobrepõem como relevantes. A primeira seria que a partir de 1988, toda a política nacional passa a ser regida no bojo do SUS.

Esse sistema, entre suas principais características, a existência de um comando único em cada esfera de governo. Nesta filosofia, o SUS levaria a transferência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) para o Ministério da Saúde, ocorrida em março de 1990, e, posteriormente, à própria extinção do Inamps em julho de 1993. Em segundo, cabe ressaltar, os princípios de organização do sistema que passa ser o de descentralização, isto é, as ações de saúde passam a ser corresponsabilidade da União, estados e municípios, cabendo as duas últimas esferas a prestação de serviços, restando a esfera federal a definição da política nacional de saúde, bem como a regulamentação das normas e regras gerais. Em terceiro, o financiamento das políticas de saúde passar a ser corresponsabilidade da União, estados e municípios.

Mendes (2005) destaca que o processo de descentralização das políticas sociais adquire um lugar de destaque na agenda pública brasileira, pois é parte de uma conquista que se deu junto com o processo de redemocratização do país. Afirma também que, durante a década de 1990 e os primeiros anos de 2000, o desenvolvimento do SUS foi marcado por um intenso processo de descentralização das responsabilidades de gestão e dos recursos financeiros do governo federal para os municípios. A partir deste momento o município passava a ser principal executor das ações de saúde.

A crise do Financiamento nos anos 1990 é demonstrada por meio de recursos insuficientes e fontes indefinidas, além das modificações sistemáticas das formas de repasses do governo federal as demais esferas de governo. Mendes (2005) afirma que a reduzida participação dos recursos fiscais no financiamento da saúde no País, em contraposição a destacada participação da fonte de contribuições sociais.

O financiamento do setor saúde era basicamente realizado pelas fontes de contribuição social do Orçamento da Seguridade Social, assegurado pela Constituição Federal de 1988 em seu artigo 165, §5º, entretanto a “maior parte” deste recurso era destinada a Previdência Social. Médici (1994) nos coloca que, no

Brasil, se convencionou chamar de contribuições sociais os impostos, taxas ou outras formas de arrecadação que são vinculadas ao uso dos recursos com políticas sociais.

A diferença entre uma contribuição social e um imposto, na legislação brasileira, não é sua característica tributária, portanto, mas sim meros casuísmos que fazem com que a vigência de um imposto só possa ocorrer num ano posterior a sua criação, enquanto que a contribuição social pode vigir no mesmo ano de criação. [...] Para efeitos econômicos, portanto, contribuições sociais e impostos atuam praticamente da mesma forma. (MÉDICI, 1994)

As contribuições sociais¹ que foram criadas para ser um dos alicerces da seguridade foram gradativamente sendo destinadas à Previdência. Médici (1994) salienta que, a principal fonte de financiamento das políticas sociais no campo da previdência social, saúde e assistência – a folha de salário de empresas e dos trabalhadores – têm um comportamento pró-cíclico, isto é, seus recursos crescem fortemente em períodos onde a prosperidade econômica leva ao aumento do nível de emprego e dos salários, e cai mais proporcionalmente ao produto nos momentos de crise.

No início da década de noventa, a expansão dos gastos com benefícios da Previdência Social provocou crises orçamentárias à área da saúde, no âmbito do Orçamento da Seguridade Social, produzindo aguda crise de financiamento, que agravou ainda mais as condições de oferta de ações e serviços de saúde à população e comprometeu fortemente o processo de descentralização. (BARROS, 2002)

O gasto com saúde é sempre residual à frente aos compromissos assumidos com o pagamento dos benefícios da Previdência Social. Nas épocas de auge há sobras para serem gastas com saúde. Nos momentos de crise os gastos com saúde são migalhas que sobram do gasto com benefícios. Por não ter uma fonte própria de recursos, o setor saúde deveria se conformar com essa contingência. (MÉDICI, 1994)

Em 1996, diante de uma crise instaurada e sob fortes pressões políticas, o governo cria a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), na tentativa de sanar a crise do financiamento na saúde. Barros (2002) salienta ainda que “a redução da participação federal só não foi mais intensa em decorrência da instituição a partir de 1996, da CPMF, cuja receita foi, então, vinculada ao financiamento do SUS e assegurou certa estabilidade aos fluxos financeiros para o

¹ Contribuição previdenciária – empregado e empregador (folha de salários), Contribuição para Financiamento da Seguridade Social / COFINS e Contribuição sobre Lucro Líquido das Empresas / CSLL.

sistema.” Entretanto, com a criação deste novo imposto, a participação das outras contribuições no financiamento da saúde foi reduzida. Marques e Mendes (2001) afirmam que em 1999, a contribuição que mais aportou recursos foi a Confins (26,8%), que tomou o lugar assumido pela CPMF em 1997 e 1998. Isso porque os recursos da CPMF alocados em saúde apresentaram uma queda de 30,7% em relação a 1998. Entretanto, havia o percentual previsto pela Constituição que destinava 30% do Orçamento da Seguridade Social para a saúde; porém após um acordo informal entre a área econômica e previdenciária, o percentual assegurado foi suspenso e o Ministério da Saúde deixa de receber estes recursos.

Marques e Mendes (2001) ainda afirmam que, a evolução da participação das fontes no financiamento federal da saúde indicava certa instabilidade, não estando claramente definido qual era sua principal base de sustentação.

Diante deste impasse, passa a ser discutido a necessidade de normatização que vinculasse os recursos para saúde. É apresentada a Proposta de Emenda Constitucional 169, pelos Deputados Eduardo Jorge e Waldyr Pires, que recoloca a discussão do financiamento da saúde no cenário político.

Após a votação da PEC 169, em setembro de 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional 29 (EC 29)², que determina a vinculação de receitas das três esferas para o sistema.

A Emenda Constitucional 29 define que os estados e municípios devem aplicar em saúde 12% e 15%, respectivamente, das receitas resultantes de impostos e transferências constitucionais. Se em 2000, os estados e municípios não estiverem aplicando esses níveis de gasto, deverão alocar, pelo menos, 7% dessas receitas, sendo que o percentual crescerá anualmente até atingir, para os estados, 12% em 2004, e para os municípios 15%. Quanto a União fica definido: para o primeiro ano, o aporte de pelo menos 5% a mais em relação ao orçamento empenhado do período anterior; para os seguintes o valor apurado no ano anterior é corrigido pela variação do PIB nominal (MARQUES *et al.*, 2001).

Contudo, a EC 29, não define o que seria ações e serviços de saúde para fins de cumprimento da emenda. De forma esparsa as Leis Orgânicas da Saúde³ já

² Emenda Constitucional 29 de 13 de setembro de 2000 – Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

³ Lei n. 8.080 e 8.142/1990.

previam esta definição. Entretanto, a partir da publicação da Resolução n. 316 do Conselho Nacional de Saúde e posteriormente em maio de 2003 com sua homologação, se tornando a Resolução CNS n. 322, definindo ações e serviços de saúde em sua quinta e sexta diretrizes. A Resolução 322 perdurou como referencial conceitual das ações e serviços de saúde até o ano 2012 quando a Lei Complementar 141 (LC 141), que iremos tratar adiante, foi publicada. A partir da edição da LC 141 somente serão consideradas para efeito de aplicação dos recursos da saúde as ações e serviços de saúde mencionados nos seus artigos 2º e 3º.

A esfera federal ainda é a responsável pela maior parcela do financiamento do SUS, embora a participação dos municípios venha crescendo, e haja a perspectiva de que a aplicação da parcela dos recursos estaduais no financiamento do sistema aumente significativamente.

1.1.2 O Papel das Normas Operacionais Básicas no Financiamento da Saúde

A política de Saúde no Brasil nos anos de 1990 se concentrou uma indução da criação de condições para reconstituir responsabilidades gerenciais regionais ou locais (VIANA *et al.*, 2002).

Freeman e Moran *apud* Viana *et al.* (2002) colocam que as atuais transformações nos sistemas nacionais de saúde foram guiadas pelos fortes elos entre as dimensões da política social, como poder político e como mercado. Assinala-se a grande contradição observada pelos autores: a face política (saúde como direito) opõe-se aos cortes de benefícios; e a face econômica, ao declínio das taxas de lucro, em um período dominado pelo imperativo fiscal – corte dos gastos e despesas estatais. Por isso, as reformas encaminharam-se para mudanças organizadoras na gestão, na competitividade e qualidade buscando combinar micro e macro-eficiências.

Viana *et al.* (2002) ainda colocam que há mais de duas décadas, o Brasil vem redefinindo o perfil do sistema de saúde. Nos anos de 1990, reformulam-se os papéis e as funções dos entes governamentais na oferta de serviços, na gerência de unidades e na gestão do sistema de saúde.

Esse novo modelo de sistema de saúde, organizado de forma regionalizada e hierarquizada, sob comando único em cada esfera de governo, segundo as diretrizes da descentralização administrativa e operacional, do atendimento integral à saúde e da participação da comunidade, visando ao controle social, se concretiza somente por meio do estabelecimento de relações interinstitucionais, intergovernos e interserviços. (VIANA *et al.*, 2002)

Dessa forma, na década de 1990, o governo federal edita sucessivas Normas Operacionais Básicas a fim de instruir e regular a nova organização do sistema, cujos conteúdos abrangem: definição das formas de transferências de recursos interinstâncias de governo; definição de modalidades de pagamentos dos serviços de saúde; instrução do processo de descentralização e de construção de uma rede de serviços capaz de operar com racionalidade sistêmica; definição dos tipos de assistência (básica, médica e alta complexidade) na oferta e definição do modelo de atenção, que articula ações de promoção, prevenção, cura e recuperação (LEVCOVITZ *et al.*, 2001).

[...] a palavra Norma Operacional Básica (NOB) era um jargão mais utilizado dentro do Ministério da Previdência e Assistência Social em especial na autarquia Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS. Nasceu a primeira delas referente ao SUS dentro do INAMPS, a NOB/91. Daí para frente, esta mesma republicada e as demais foram só sequência, incorporada a nomenclatura “inampiana” pelo Ministério da Saúde. (CARVALHO, 2001)

Viana *et al.* (2002) ainda salientam que analisando as NOBs dos anos 1990, em conjunto, percebe-se que formam um conjunto contínuo, visto que cada norma criou uma série de contradições que passaram a ser resolvidas pela Norma, subsequente, numa tentativa ascendente de adequar o processo de descentralização setorial à racionalidade sistêmico, aos modelos de atenção a saúde e ao financiamento. Carvalho (2001) afirma que um dos traços característicos das NOBS é que estas se detinham em regulamentação excessiva e minuciosa de questões que não precisariam ser regulamentadas, uma vez que, elas já estavam previstas na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde.

Contudo Levcovitz *et al.* (2001) esclarece que, apesar das dificuldades de implementação de muitos dispositivos das três NOBs, editadas nos anos 90, houve avanços no modelo de descentralização adotado pela política de saúde em direção à municipalização da gestão (incluindo recursos e instrumentos) e da explicitação

das funções estaduais, como coordenadores do sistema de referência intermunicipal. Levcovitz *et al.* (2001) coloca que tais instrumentos definiram os objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização da política de saúde, e contribuíram para a normatização e operacionalização das relações entre as esferas de governo, não previstas na lei orgânica da saúde. Outro ponto que não pode ser desconsiderado, que o caráter transitório das NOBS permitia que estas fossem atualizadas à medida que o processo de descentralização se avançava.

As NOBs possibilitaram a descentralização dos recursos, por meio da habilitação dos municípios e estados nas Gestões previstas pelas normas, e configurando o repasse direto de recursos fundo a fundo, inicialmente somente seguindo o montante definido no teto financeiro e posteriormente também passando a ser *per capita*.

O expressivo processo de habilitação, principalmente dos municípios, resultou em um marcante aumento de transferências automáticas do fundo nacional para fundos de saúde das esferas subnacionais, em substituição à lógica de pagamento por produção de serviços, do gestor federal direto aos prestadores. Desta forma, em dezembro de 2000 as transferências diretas entre fundos de saúde já correspondiam a 60% dos recursos federais da assistência, sendo a maior parte para os fundos municipais de saúde. (LEVCOVITZ *et al.*, 2001)

Rehem (2002) afirma que os recursos federais que correspondem a mais de 70% do total, progressivamente vêm sendo repassados a estados e municípios, por meio de transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, conforme mecanismo instituído pelo decreto 1232, de 30 de agosto de 1994. Além das transferências do Fundo Nacional de Saúde, os fundos estaduais e municipais recebem aportes de seus próprios orçamentos.

Até 1997 não havia subdivisão dos recursos transferidos para estados e municípios o que passou a ocorrer a partir de março de 1998 com a nova edição da NOB 96, com a implantação do Piso da Atenção Básica (PAB) e a separação dos recursos para o financiamento da Atenção Básica e para o financiamento da Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial. O PAB de cada município que é calculado tendo por base um valor *per capita* é transferido de forma automática do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde mudando a forma anterior de financiamento por prestação de serviços e passando para uma lógica de transferência de recursos em função do compromisso do município assumir a responsabilidade sanitária por este nível de atenção (REHEM,

2002).

Vale destacar que, enquanto os recursos do PAB fixo são transferidos tendo por base o valor *per capita*, o valor do PAB variável depende da adesão do município a programas prioritários definidos pelo Ministério da Saúde, tais como os Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família.

A partir da regulamentação da NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de Epidemiologia e Controle de Doenças e definiu a sistemática de seu financiamento; no ano 2.000 o Ministério da Saúde, por meio da Fundação Nacional de Saúde, começou a implementar o processo de descentralização dessa área.

Em 2001, mais uma Norma Operacional foi editada, a Norma Operacional de Assistência a Saúde (Noas). A partir de junho de 2001, o volume de recursos transferidos pelo Ministério da Saúde para os estados e municípios para o desenvolvimento de ações e serviços de saúde passou a ser subdividido em:

- Recursos para a Atenção Básica (PAB Fixo e PAB Variável)
- Recursos para a Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças
- Recursos para a Assistência de Média Complexidade
- Recursos para a Assistência de Alta Complexidade

A Noas-SUS 01/01 definiu duas condições de gestão municipal: (a) Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, pela qual o município se habilita a receber um montante definido em base *per capita* para o financiamento das ações de atenção básica, e (b) Gestão Plena do Sistema Municipal, pela qual o município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território. Cabe esclarecer que o financiamento por base *per capita* não dispensou o gestor de alimentar o sistema de informações ambulatoriais, cuja produção serviu como insumo para negociações de alocação de recursos financeiros.

Apesar do incremento das habilitações de estados e municípios, e do consequente aumento do volume de recursos repassados diretamente aos fundos de saúde subnacionais, a NOAS não foi efetivamente concretizada, sendo necessária nova edição em 2002.

Entre os pontos positivos da norma estariam a regionalização, a definição de competências dos estados e aprofundamento dos processos de regulação, controle e avaliação do Sistema (PEREIRA; TERRAZAS, 2012).

Em meados dos anos 2000, o paradigma normativo começou a ser questionado no que culminou, em 2006, na publicação do Pacto pela Saúde, proposto como um novo paradigma. As novas ideias trazidas pelo pacto podem ser resumidas em cinco tópicos:

- 1 – substituição da noção da habilitação (forma e cartorial) pela prática de compromissos de gestão;
- 2 – Introdução do conceito de regionalização solidária, com novos mecanismos de integração e novas instâncias de gestão microrregional (CGR);
- 3 – ruptura com a fragmentação do financiamento e reorganização dos repasses em cinco blocos: atenção básica, média e alta complexidade, vigilância a saúde, assistência farmacêutica e incentivo a gestão;
- 4 – aumento da transparência da gestão de recursos, com a exigência de explicitação de gastos de custeio por parte de estados e municípios;
- 5 – unificação dos processos de pactuação de indicadores.

Com a publicação do Pacto pela Saúde, regulamentado pela Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006 e Portaria GM/MS n. 699, de 30 de março de 2006, foram valorizadas três dimensões fundamentais: 1) as prioridades em saúde para produzir impactos na situação sanitária da população, explícitas no Pacto pela Vida; e, 2) as responsabilidades gerais na gestão do SUS, descritas no Pacto de Gestão; 3) os compromissos entre os gestores com a consolidação da Reforma Sanitária, propondo a ampliação do diálogo com a sociedade na defesa do direito à saúde e do SUS enquanto política de Estado, relacionados no Pacto em Defesa do SUS (BRASIL, 2006).

A portaria do Pacto de Gestão determinou alguns princípios para o financiamento do SUS e definiu “blocos” gerais de alocação dos recursos federais, sendo eles: atenção básica; atenção da média e alta complexidade; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; gestão do SUS. Posteriormente, foi acrescentado outro bloco denominado de “investimentos na rede de serviços de saúde”⁴.

Como resultados desses novos blocos de financiamento, foram publicadas duas importantes Portarias do Ministério da Saúde. A primeira refere-se à Portaria n. 204/ 2007 que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde na forma desses e seu respectivo monitoramento

⁴ Ver Portaria GM/MS n. 837, de 24 de abril de 2009, que altera a Portaria n. 204/2007 e cria esse bloco de investimentos.

e controle (BRASIL, 2007). A segunda diz respeito à Portaria n. 1.497, de 22 de junho de 2007, que estabelece orientações para a operacionalização do repasse dos recursos que compõem os blocos (BRASIL, 2007a).

Analisando a edição de todas as NOBs/Noas e mais tarde o Pacto pela Saúde, todos estes instrumentos tiveram um papel importante no financiamento da saúde, percebe-se um aperfeiçoamento dos critérios de repasse e diversificação dos critérios de alocação uma vez que as transferências automáticas (fundo a fundo) descentralizaram os recursos da saúde, alcançando milhares de municípios que, até então, não haviam sido contemplados com repasses federais e também estimulou maior autonomia ao gestor municipal.

1.1.3 A Regulamentação da Emenda Constitucional 29: Lei Complementar 141

Publicada em 13 de janeiro de 2012, a Lei Complementar n. 141, veio regulamentar a Emenda Constitucional 29, para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelecer os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; além de revogar dispositivos das Leis n. 8.080/1990 e n. 8.689/1993⁵. Todos os recursos a serem aplicados na saúde regidos pela Constituição Federal, pela Lei Orgânica do SUS e pela Lei Complementar 141 devem ser feitos por meio dos fundos de saúde.

O teor da lei complementar já estava sendo aplicado por meio de outros instrumentos (Constituição Federal, Resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde, Lei n. 8.080/1990, Portarias Ministeriais etc.).

O projeto de lei tramitou no Congresso Nacional durante anos, contudo sua aprovação não incluiu a criação de tributo e a vinculação dos 10% das Receitas Correntes da União a serem aplicados na saúde.

Mendes (2012) afirma que a regulamentação da EC n. 29 ficou pendente por quase oito anos no Congresso, entre 2003 e 2011, provocando perda de recursos para o SUS e enfraquecimento do consenso obtido, quando de sua aprovação.

⁵ Para uma compreensão mais detalhada sobre a Lei n. 141/2012, ver Mendes (2012).

Santos (2012) tece comentários a respeito da importância institucional da LC 141, uma vez que estabeleceu normas que garantem percentuais de receitas tributárias, impõe obrigatoriedade de as esferas de governo partilharem recursos reconhecendo desta forma o SUS ser um sistema interdependente exigindo a cooperação entre os entes federativos.

1.1.3.1 Da definição das ações e serviços de saúde

A definição de ações e serviços de saúde já estava, de certa forma enunciada, na Lei 8080/90 e na Resolução nº 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde. Entretanto, foi somente a partir da publicação da Lei n. 141/2012 que foram definitivamente determinadas as despesas que podem e não podem ser consideradas como ações e serviços de saúde. Se de certa forma encerra-se um capítulo na definição da aplicação dos recursos em ações e serviços de saúde, por outro lado, mantém-se aberta a discussão da base de cálculo do governo federal para fins de seu financiamento específico ao SUS.

As despesas com ações e serviços de saúde devem ser aquelas voltadas para promoção, prevenção e recuperação da saúde, presentes nos respectivos Planos de Saúde, de responsabilidade específica, obedecendo aos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

São consideradas despesas com ações e serviços de saúde, a partir do artigo 3º da Lei Complementar, aquelas provenientes de:

Art. 3º (...):

I – vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;

II – atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;

III – capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);

IV – desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;

V – produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;

VI – saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;

VII – saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de

comunidades remanescentes de quilombos;

VIII – manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;

IX – investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;

X – remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;

XI – ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e

XII – gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

A lei também especifica, para fins de cumprimento do mínimo constitucional, aqueles gastos que não são considerados como despesas com ações e serviços públicos de saúde:

Art. 4: (...)

I – pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;

II – pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;

III – assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;

IV – merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;

V – saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;

VI – limpeza urbana e remoção de resíduos;

VII – preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;

VIII – ações de assistência social;

IX – obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e

X – ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

As vedações apresentadas acima demonstram novamente a preocupação do legislador de excluir aquelas despesas, que embora possam contribuir para a melhoria da saúde da população, não entram no cômputo de aplicação do mínimo constitucional, tais como meio ambiente e bolsa família.

1.1.3.2 Da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde

A Lei Complementar n. 141 veio definir os percentuais previstos pela EC 29 que antes constavam no artigo 77 do Ato das Disposições Constitucionais

Transitórias, artigo este revogado após a publicação da citada lei.

O novo texto manteve o mesmo percentual previsto no artigo 77 sendo considerado para municípios 15% da arrecadação de impostos e os estados o percentual de 12%. Manteve ainda o calculo diferenciado para os recursos provenientes da União correspondendo ao montante de recursos empenhado no exercício financeiro anterior atrelado a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

Vale destacar que, os municípios deverão observar o que está disposto em suas respectivas Leis Orgânicas sempre que percentuais forem superiores do que o mínimo fixado pela Lei Complementar.

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) será o responsável para realização do calculo automático dos percentuais de aplicação. O município deverá alimentar o sistema bimestralmente obedecendo ao calendário de apresentação do Relatório Resumido de Execuções Orçamentárias.

No caso de descumprimento de aplicação do mínimo constitucional o município poderá ter suas transferências bloqueadas até o limite do débito.

Além de definir os percentuais de aplicação a lei federal instalou regras para a alocação dos recursos de forma a superar as desigualdades regionais. O rateio dos recursos da saúde, amparado no artigo 35 da Lei n. 8.080 e recepcionados pela LC 141 deverá ser feito observando as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológicas, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde com vistas a progressiva redução das disparidades regionais.

A Lei Complementar avançou na definição dos mecanismos de transferências de aplicação dos recursos da esfera federal e das esferas estaduais aos municípios com base na redução das disparidades regionais de saúde (SANTOS, 2012).

A LC 141 prevê que a metodologia de repasses dos recursos da União para cada município e estado será elaborada e publicada pelo Ministério da Saúde após pactuação pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde.

As transferências de recursos da União aos estados e municípios estarão presentes no Plano Nacional de Saúde e no Termo de Compromisso de Gestão a ser firmado entre as três esferas de governo. Deverão ser realizadas diretamente

aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios aprovados pelo respectivo conselho de saúde.

A União e os estados poderão restringir repasses de recursos nos casos em que o município não tiver plano, conselho e fundo municipais de saúde existentes e nos dois últimos casos também em funcionamento.

O Ministério da Saúde manterá os conselhos de saúde e os Tribunais de Contas informados sobre o montante de recursos previstos para transferência da União as demais esferas (BRASIL, 2011).

1.1.3.3 Da Transparência, Visibilidade, Fiscalização, Avaliação e Controle

Os municípios deverão dar ampla divulgação das prestações de contas da área da saúde para consulta e apreciação da população, contendo minimamente os percentuais de aplicação em saúde, relatório de gestão do SUS, ata do conselho de saúde contendo avaliação da Gestão Local do SUS (SANTOS, 2012).

A LC 141 também obriga os gestores a manter registro contábil relativo às despesas com ações e serviços de saúde, promovendo a consolidação das contas por órgãos e entidades de administração direta e indireta.

A transparência e a visibilidade serão assegurados mediante incentivo a participação popular e realização de audiências públicas durante os processos de elaboração e discussão do plano de saúde.

Apesar de alguns retrocessos, não se pode negar os avanços alcançados com a publicação desta Lei Complementar para a Gestão do SUS, como a definição de forma clara das despesas com ações e serviços de saúde; a fixação das responsabilidades pelo planejamento ascendente; além do estabelecimento de mecanismos de transparência e visibilidade.

1.2 O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE: CARACTERÍSTICAS LEGAIS E ESTRUTURAIS

Antes de abordarmos as características do Fundo Municipal de Saúde

enquanto instrumento de gestão orçamentário-financeira da saúde, entende-se ser fundamental descrever as bases legais mais gerais sobre fundos especiais de despesa.

1.2.1 Fundos Especiais

O termo fundo possui várias definições. No sentido filosófico, Silva (1988) diz que a palavra “fundo” se reportaria à essência ou à natureza intrínseca de algo. Opondo-se à forma, seria a alma, o espírito, o que prove vida própria ou condição de existência.

Do ponto vista orçamentário o glossário do Senado Federal define fundos como instrumentos orçamentários criados por lei para a vinculação de recursos ou conjunto de recursos destinados a implementação de programas, projetos ou atividades com objetivos devidamente caracterizados (PALUDO, 2010).

Do ponto de vista contábil, Reis (2012), afirma que “as seguintes formas de gestão dos recursos existem nas entidades jurídicas governamentais: gestão por caixa única e por fundos especiais. Quando convivem a gestão por caixa única e a gestão por fundo especial regulamentado, diz que há gestão mista.

Juridicamente, o significado é um tanto diverso de sua noção filosófica, contábil e orçamentária. Segundo Bugarin (1997), o fundo em caráter genérico, pode ser definido como o patrimônio de uma pessoa ou entidade afetada a uma finalidade específica, constituindo uma entidade contábil independente, sem personalidade jurídica própria, criada e mantida com um propósito particular e cujas transações sujeitam-se a restrições legais e administrativas especiais.

Segundo Nunes (2010), a noção técnica de fundo deve-se a influencia do Direito Canônico, por meio da Lei Romana n. 1402, de 19 de junho de 1873, ao instituir o fundo para o culto. No Brasil registros históricos demonstram a criação de fundos administrados pelo Estado no final do século XIX, sendo a mais remota consta a Lei 581 de 20 de julho de 1899 onde foi instituído dois fundos, um aplicável ao resgate, e outro para garantia do papel moeda em circulação.

Definindo o conceito de fundos, distinguindo-o do ente que os administra, a doutrina tomou os passos seguintes na classificação destes. Resumidamente,

seriam classificados em fundos especiais – denominados fundos típicos, os quais se dividem entre contábeis e financeiros – e fundos atípicos, dos quais são exemplos fundos de repartição de receitas, de redefinição de fontes, dentre outros (NUNES, 2010).

Bugarin (1997) afirma que o antigo Código de Contabilidade, instituído pelo Decreto n. 4.536, de 28 de janeiro de 1922, já previa a instituição de fundos, ao classificar a receita orçamentária em ordinária, extraordinária e especial e ao dispor, em seu art. 19 que esta última abrangeria "todas as rendas destinadas a fundos especiais".

As Constituições Brasileiras editadas pouco tratavam da matéria, somente a partir da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), que foi atribuído a lei complementar a tarefa de estabelecer as condições e funcionamento de fundos.

No plano constitucional, a perspectiva de vincular receitas a fins determinados e de criar fundos para realizar a gestão de tais vinculações foi tratada, pela primeira vez, na Constituição de 1934, cujos artigos 141, 157 e 177, previram o emprego desses meios para os fins de amparo à maternidade e à infância (art. 141), de desenvolvimento da educação (art. 157, §§ 1º e 2º) e de defesa contra a seca nos estados da Região Norte (art. 177). Porém, como as normas dessa Constituição foram revogadas com o advento do Estado Novo e da promulgação da Carta de 1937, poucos resultados concretos foram gerados nesse campo no período de 1934 a 1966. (SANCHES, 2002)

A legislação em que a Constituição Federal faz referencia e que foi elevada a Lei Complementar recepcionando a matéria foi a Lei n. 4320, de 17 de março de 1964, seguindo pela edição do Decreto – Lei n. 200 de 25 de fevereiro de 1967, Decreto Lei 900 de 29 de setembro de 1969 além do Decreto 93782, de 23 de dezembro de 1986.

Os fundos especiais foram instituídos por meio do artigo 71 da Lei 4320 (BRASIL, 1964): “Constitui fundo especial o produto das receitas especificadas, que, por lei, se vinculam a realização de determinados objetivos ou serviços, facultada a adoção de normas peculiares de aplicação.” Até então, não se colocavam questões como a definição da composição do orçamento, sua destinação, a possibilidade de controle, etc. Os Fundos foram pensados como uma forma de dar maior dinâmica às ações necessárias naquela época, definindo receitas e despesas vinculadas a um determinado tipo de ação (MAGALHÃES JÚNIOR; TEIXEIRA, 2002).

Segundo Reis (2012), o fundo especial é sempre de natureza financeira e se

constitui uma exceção ao princípio da unidade de tesouraria⁶. Em realidade o fundo especial caracteriza-se pelas restrições determinadas por regulamentos próprios da entidade sobre certos ativos financeiros.

Reis (2012) destaca as principais características dos fundos financeiros especiais, de acordo com o estabelecido no artigo 71:

- 1 – receitas especificadas: os fundos deverão ser constituídos de receitas específicas e especificadas, próprias ou transferidas, observando-se quanto a estas as normas de aplicação estabelecidas pela entidade vinculada.
- 2 – vinculação a realização de determinados objetivos ou serviços – ao ser instituído o fundo especial devera atender a programas de trabalhos específicos traçados pela Administração Pública.
- 3 – normas peculiares de aplicação: a lei de criação do fundo devera observar mecanismos de controle dos recursos financeiros
- 4 – vinculação a determinado órgão da administração – evidenciará a destinação das receitas vinculadas
- 5 – descentralização interna do processo decisório – somente é concretizado essa descentralização se o poder decisório assim o desejar.
- 6 – plano de aplicação, contabilidade e prestação de contas específicas: o Plano de Aplicação evidenciara a origem dos recursos financeiros bem como sua destinação facilitando desta forma a prestação de contas bem como o controle de sua gestão.

Do ponto de vista das políticas sociais é importante enfatizar que os Fundos compõem um modelo articulado, ou seja, um modelo que supõe um plano que define as ações, a estrutura de financiamento para garantir a execução desses serviços e o Conselho que analisa e aprova ou não tais programas e acompanha o dia-a-dia da sua execução (MAGALHÃES JÚNIOR; TEIXEIRA, 2002).

Reis (2012) salienta ainda que o fundo especial não é detentor de patrimônio, por que é o próprio patrimônio, não é entidade jurídica, não é órgão ou unidade orçamentária, ou ainda, não é, apenas uma conta mantida na Contabilidade, mas tão somente um tipo de gestão de recursos ou conjunto de recursos financeiros

⁶ O princípio da unidade de tesouraria é caracterizado pelo recolhimento centralizado de todas as receitas das entidades governamentais sujeitas a estas normas, formando um todo e vedando a utilização de caixa especial para cada espécie de receita e consequente a vinculação a uma despesa excluindo aquelas receitas originalmente vinculadas constituindo os fundos especiais.

destinados aos pagamentos de obrigações por assunção de encargos de várias naturezas, bem como aquisições de bens e serviços a serem aplicados em projetos ou atividades vinculados a um programa de trabalho.

Santos (2012) afirma que os fundos são uma modalidade de gestão de recursos e não uma pessoa jurídica. De acordo com Oliveira *apud* Santos (2012) os fundos correspondem a meros lançamentos fiscais não tendo personalidade jurídica tampouco capacidade judiciária ou processual. Santos (2012) afirma ainda que ausência de personalidade jurídica é uma afirmativa que está pacificada nas doutrinas que regem o tema, entretanto na capacidade judiciária ou processual há entendimentos diversos.

Diante do exposto se pode observar que os conceitos sobre fundos na literatura são fragmentados por área específicas não existindo uma definição abrangente que atenda as três áreas citadas de forma harmonizada.

1.2.2 Os Fundos de Saúde

Os Fundos de Saúde foram criados a partir da Lei Orgânica da Saúde, que na verdade compreendem a Lei n. 8.080 e a Lei n. 8.142 ambas publicadas em 1990. Tais regramentos antecederam a própria Emenda Constitucional 29. Magalhães Júnior e Teixeira (2002) afirmam que o Fundo Municipal de Saúde é um mecanismo criado pela legislação a fim de concentrar os recursos de Saúde e só pode funcionar pelo envolvimento da comunidade no acompanhamento destes recursos e nas decisões de sua alocação.

Os fundos de saúde são classificados como fundos especiais e por isso devem possuir as mesmas características daqueles.

A Lei n. 8.080 (BRASIL, 1990) criou os fundos de saúde nas três esferas de governo – federal, estadual e municipal. A concepção básica desses Fundos é a de se criar uma conta específica para os recursos da Saúde, dificultando o uso desses recursos para além dos programas e ações da área (MAGALHÃES JÚNIOR; TEIXEIRA, 2002).

A Lei n. 8142 (BRASIL, 1990) definiu que as transferências de recursos sejam feitas somente por meio dos fundos de saúde e institucionalizou o controle público.

Elemento crucial na definição da alocação dos recursos bem como acompanhamento de sua execução. Desta forma os conselhos de saúde passaram a ter um papel importante com o caráter deliberativo adquirido além de fiscalizador.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/1990) em seu artigo 33 define que os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob a fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde. A Lei n. 8.142/1990 define que os municípios, os estados e o Distrito Federal devem contar com o Fundo de Saúde para receberem tais recursos (BRASIL, 2003).

A partir da edição da Emenda Constitucional 29 a existência passou a ser uma exigência constitucional, pois a utilização dos recursos para a saúde somente poderiam ser feitas por meio dos fundos de saúde. O Fundo Nacional de Saúde exige que o Fundo tenha titularidade da conta corrente destinada a movimentação dos recursos do Sistema Único de Saúde implicando na utilização de CNPJ próprio conforme a Instrução Normativa 1005 da Receita Federal do Brasil (BRASIL, 2010).

Os fundos de saúde podem ser entendidos como contas especiais com funções específicas, suas receitas são provenientes de transferências previstas constitucionalmente e devem contar com recursos provenientes das três esferas de governo. Apesar de Reis (2012) afirmar que um fundo especial não é uma unidade orçamentária, a lei Complementar 141 traz uma inovação na qual os fundos de saúde passaram a ser obrigados a constituir-se em unidade gestora e orçamentária. De acordo com o Glossário⁷ da Secretaria do Tesouro Nacional, unidade orçamentária é um segmento da administração direta a que o orçamento consigna dotações específicas para realização de seus programas de trabalho e sobre os quais exerce o poder de disposição. E unidade gestora é a unidade orçamentária ou administrativa investida do poder de gerir recursos orçamentários e financeiros, próprios ou sobre descentralização.

Nesse sentido, o fundo de saúde é dotado do poder de gestão de seus recursos orçamentários tanto quanto tem competência para usar as dotações que lhe são consignadas para realização de seus programas ou destinação específica (SANTOS, 2012).

Desse modo os municípios, a partir dessa obrigatoriedade, terão que adequar suas respectivas estruturas orçamentárias. Na tabela 1 é demonstrado o volume de

⁷ Acessível em <https://www.tesouro.fazenda.gov.br/glossario?b=U> extraído em 27/6/2013 às 16 horas.

recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde na modalidade Fundo a Fundo para a execução de ações e serviços de saúde pelos municípios das capitais e a tabela 2 a despesa com saúde com recursos próprios, ambas no exercício de 2012.

Tabela 1 – Transferências de Recursos Federais para os Fundos de Saúde das capitais brasileiras no exercício de 2012.

Uf	Capitais Brasileiras	Vigilância Saúde Em	MAC	Investimento	Gestão do SUS	Atenção Básica	Assistência Farmacêutica	Total Dos Blocos
AC	Rio Branco	5.208.998,78	1.339.774,41	3.129.918,86	498.558,61	17.850.937,01	1.670.365,40	29.698.553,07
AL	Maceió	7.181.638,27	184.044.888,02	0	1.010.701,39	34.217.650,50	4.885.201,40	231.340.079,58
AM	Manaus	21.135.396,62	24.954.101,58	170.310,00	130.000,00	68.627.858,00	8.867.069,16	123.884.735,36
AP	Macapá	5.107.842,99	4.643.287,02	261.372,00	85.000,00	1.979.068,40	24.057.773,41	36.134.343,82
BA	Salvador	20.944.213,06	290.908.913,34	3.828.336,00	1.023.983,80	92.249.760,14	15.800.085,60	424.755.291,94
CE	Fortaleza	31.263.635,91	544.176.764,96	7.573.764,80	1.218.866,59	119.386.484,12	12.998.315,20	716.617.831,58
DF	Brasília	23.876.556,14	460.153.235,36	16.633.293,69	1.745.742,50	82.993.226,12	30.165.862,11	615.567.915,92
ES	Vitória	3.568.418,32	12.759.646,11	115.000,00	674.558,61	20.936.008,70	1.606.729,30	39.660.361,04
GO	Goiânia	13.441.336,81	383.619.316,34	10.379.799,00	696.425,20	61.260.062,50	6.648.072,56	476.045.012,41
MA	São Luís	15.405.876,00	195.563.583,70	2.084.326,00	1.007.539,21	40.077.434,80	5.305.199,80	259.443.959,51
MG	Belo Horizonte	25.261.380,16	868.657.008,50	4.951.975,34	1.991.196,40	162.973.805,81	12.948.346,76	1.076.783.712,97
MS	Campo Grande	8.921.645,71	235.402.081,65	4.794.954,97	762.572,71	44.138.108,09	3.851.045,76	297.870.408,89
MT	Cuiabá	8.855.147,92	156.054.406,65	3.651.500,00	478.803,00	22.897.375,89	2.917.866,20	194.855.099,66
PA	Belém	22.344.328,70	222.000.729,74	780.000,00	254.906,49	45.797.324,17	8.211.760,00	299.389.049,10
PB	João Pessoa	6.988.646,71	233.909.510,87	2.526.524,84	601.645,89	61.089.892,50	4.151.398,56	309.267.619,37
PE	Recife	16.484.982,33	193.015.305,30	520.324,86	801.645,89	8.074.460,96	96.788.912,20	315.685.631,54
PI	Teresina	8.996.564,05	255.081.669,40	4.940.498,66	566.906,49	59.766.737,70	4.092.938,76	333.445.315,06
PR	Curitiba	8.806.343,00	510.524.885,43	2.281.933,33	1.092.866,59	87.378.513,20	9.441.196,56	619.525.738,11
RJ	Rio De Janeiro	47.442.945,44	887.016.470,49	16.250.103,59	1.669.101,39	288.514.178,12	32.456.054,00	1.273.348.853,03
RN	Natal	6.960.566,56	135.434.429,85	196.965,00	508.803,00	33.831.184,50	4.111.635,36	181.043.584,27
RO	Porto Velho	6.864.124,91	30.422.688,71	4.273.212,30	147.842,89	27.040.139,24	2.172.427,96	70.920.436,01
RR	Boa Vista	4.628.203,70	17.212.381,86	296.540,67	200.000,00	1.471.195,16	13.848.802,25	37.657.123,64

continua

conclusão

Uf	Capitais Brasileiras	Vigilância Saúde	Em	MAC	Investimento	Gestão do SUS	Atenção Básica	Assistência Farmacêutica	Total dos Blocos
RS	Porto Alegre	7.498.469,53		471.281.207,60	930.543,74	1.103.906,49	48.592.092,27	7.324.227,36	536.730.446,99
SC	Florianópolis	3.337.425,68		36.968.605,63	465.974,00	502.842,89	34.166.069,60	2.191.621,16	77.632.538,96
SE	Aracaju	4.763.474,05		125.101.991,50	432.735,34	349.842,89	37.673.836,42	2.994.598,96	171.316.479,16
SP	São Paulo	67.822.926,27		896.764.276,20	2.995.869,62	2.405.701,39	57.741.724,36	470.843.477,03	1.498.573.974,87
TO	Palmas	3.662.965,47		30.965.087,49	5.245.373,92	371.558,61	17.010.514,81	1.072.089,56	58.327.589,86
	Total Geral	406.774.053,09		7.407.976.247,71	99.711.150,53	21.901.518,92	1.577.735.643,09	791.423.072,38	10.305.521.685,72

Fonte: sítio www.fns.saude.gov.br Fundo Nacional de Saúde.

De acordo com a Tabela 1, a União por meio do Fundo Nacional de Saúde transferiu as capitais brasileiras pesquisadas, no exercício de 2012, o montante de recursos acima R\$ 10 bilhões de reais, divididos nos 06 blocos de repasses. Os repasses para atenção de média e alta complexidade foram os maiores aportes financeiros demonstrando o modelo assistencial inadequado, priorizando e privilegiando mais uma vez a atenção hospitalar em detrimento ao atendimento primeiros cuidados – atenção básica.

Tabela 2 – Despesa com Recursos Próprios das capitais brasileiras nos exercícios de 2010 a 2011.

UF	Capitais	2010	2011	2012
AC	Rio Branco	40.740.811,49	47.036.323,09	52.946.317,30
AL	Maceió	123.710.979,88	158.811.737,95	183.618.759,10
AM	Manaus	331.057.464,42	365.858.124,14	459.234.154,37
AP	Macapá	45.181.073,55	48.071.443,86	0
BA	Salvador	202.555.183,73	380.197.629,35	403.094.200,07
CE	Fortaleza	447.717.307,24	554.291.583,61	606.958.487,20
ES	Vitória	134.635.977,02	162.945.369,48	181.017.872,91
GO	Goiânia	263.878.833,19	349.169.018,20	397.075.852,86
MA	São Luís	241.507.782,64	279.262.835,21	276.073.051,91
MG	Belo Horizonte	578.364.928,30	621.209.600,54	716.605.772,80
MS	Campo Grande	218.927.279,73	242.450.131,33	291.754.070,10
MT	Cuiabá	107.814.832,47	115.013.413,31	143.360.339,61
PA	Belém	187.103.642,15	208.816.828,52	241.940.450,28
PB	João Pessoa	112.613.612,52	143.205.935,73	191.648.916,09
PE	Recife	264.593.288,00	308.705.477,98	346.726.301,49
PI	Teresina	213.326.238,59	242.861.346,05	256.213.342,21
PR	Curitiba	350.032.461,02	416.877.307,18	496.961.515,85
RJ	Rio de Janeiro	1.376.623.515,07	1.843.337.687,71	2.435.668.992,18
RN	Natal	140.787.953,79	179.308.154,58	210.399.935,43
RO	Porto Velho	75.967.180,70	97.457.131,09	102.565.924,01
RR	Boa Vista	62.962.275,45	43.581.903,15	49.503.597,06
RS	Porto Alegre	378.235.311,75	457.711.282,94	493.069.331,35
SC	Florianópolis	112.607.248,10	125.083.143,40	130.207.735,82
SE	Aracaju	87.437.998,02	107.220.169,58	153.372.555,12
SP	São Paulo	3.831.697.620,52	4.340.783.758,88	4.828.058.482,11
TO	Palmas	49.006.020,89	58.519.425,43	75.094.385,28
	TOTAL	9.979.088.830,23	11.897.788.773,29	13.723.172.354,51

Fonte: SIOPS/MS extraído em 19 de junho de 2013 às 21 horas.

Na Tabela 2 é apresentada a despesa com ações de serviços de saúde financiado com recursos próprios das capitais brasileiras nos exercícios de 2010 a 2012. Observa-se a despesa ascendente das capitais demonstrando que os municípios cada vez mais comprometem seus orçamentos nas despesas com saúde, volume estes de recursos que ultrapassam R\$ 13 bilhões de reais no exercício de 2012, mantendo ainda esta perspectiva ascendente para 2013.

O montante de recursos apresentado nas Tabelas 1 e 2 que é transferido para os respectivos fundos de saúde municipais demonstram a relevância e a complexidade da gestão dos recursos financeiros do Sistema Único de Saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo deste estudo é analisar a organização dos fundos municipais de saúde.

2.1.2 Objetivo Específico

Analisar a organização dos fundos municipais de saúde das capitais brasileiras por meio dos seguintes itens:

- 1 – Instrumento de Criação;
- 2 – Objetivos;
- 3 – Composição dos Recursos financeiros;
- 4 – Responsabilidade legal pela Administração;
- 5 – Responsabilidade de Fiscalização.

3 METODOLOGIA

Para realização desta pesquisa, na tentativa de atingir os objetivos propostos, optou-se por uma abordagem empírico-teórica, por meio da realização de uma pesquisa bibliográfica e documental. A natureza da pesquisa impôs atividades exploratórias de levantamento, sistematização e análise das características de todos os instrumentos legais coletados. O desenvolvimento da pesquisa bibliográfica teve como embasamento, autores nacionais, sendo utilizadas leituras e pesquisa em livros, artigos de revistas, sites da Internet e teses de doutorado. A pesquisa documental se valeu do levantamento de documentos oficiais sem tratamento acadêmico, como base de pesquisa, enquanto que a pesquisa bibliográfica está inserida nos procedimentos de documentação indireta, ou seja, o levantamento da bibliografia realizada, pertinente ao assunto que se deseja estudar e tal procedimento metodológico foi aplicado nesta investigação.

Foram coletadas as Leis de Criação dos Fundos Municipais de Saúde de 19 capitais abrangendo as cinco regiões brasileiras. A coleta foi feita por meio de correspondência eletrônica enviada ao dirigente municipal da pasta e por meio de acesso ao sitio eletrônico Leis Municipais: <http://www.leismunicipais.com.br/>

Após a coleta os documentos foram sistematizados por item de análise obedecendo aos critérios de investigação definidos para esta pesquisa.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO

4.1 ANÁLISE DOS FUNDOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DAS CAPITAIS BRASILEIRAS

Para analisar a organização dos fundos municipais de saúde foram coletadas informações das Leis de Criação dos Fundos de Saúde das seguintes capitais brasileiras:

Quadro 1 – Relação das Capitais analisadas no estudo e sua respectiva população em 2010.

	Capitais	Unidade Federativa	População
1.	Belém	PA	1.393.399
2.	Belo Horizonte	MG	2.375.151
3.	Boa Vista	RR	284.313
4.	Campo Grande	MS	786.797
5.	Cuiabá	MT	551.098
6.	Curitiba	PR	1.751.907
7.	Florianópolis	SC	421.240
8.	Fortaleza	CE	2.452.185
9.	Goiânia	GO	1.302.001
10.	Manaus	AM	1.802.014
11.	Palmas	TO	228.332
12.	Porto Alegre	RS	1.409.351
13.	Porto Velho	RO	1.502.409
14.	Recife	PE	1.537.704
15.	Salvador	BA	2.675.656
16.	São Luís	MA	1.014.837
17.	São Paulo	SP	11.253.503
18.	Teresina	PI	814.230
19.	Vitória	ES	327.801

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010 – População Residente.

4.1.1 Análise dos Instrumentos de Criação

Verifica-se neste item qual instrumento legal foi utilizado para criação dos

Fundos Municipais de Saúde, bem como o período de criação.

Quadro 2 – Relação de instrumentos utilizados e o seu período de criação das capitais brasileiras pesquisadas

Capitais	INSTRUMENTOS	Instrumento e Ano de Publicação
Belém	Lei Ordinária	Lei n. 7.564/1992
Belo Horizonte	Lei Ordinária	Lei n. 6.087/1992
Boa Vista	Lei Ordinária	Lei n. 1.355/2011
Campo Grande	Lei Ordinária	Lei n. 2.794/1991
Cuiabá	Lei Complementar / Consolidação das Leis Municipais de Saúde	Lei n. 094/2003
Curitiba	Lei ordinária	Lei n. 2.064/2012
Florianópolis	Lei Ordinária	Lei n. 3.081/1988
Fortaleza	Lei Ordinária	Lei n.8.028/1997
Goiânia	Lei Ordinária	Lei n. 7.047/1991
Manaus	Lei Ordinária	Lei n. 1.094/2007
Palmas	Lei Ordinária	Lei n. 1.626/2009
Porto Alegre	Lei Complementar	Lei n. 296/1993
Porto Velho	Lei Ordinária	Lei n. 944/1991
Recife	Lei Ordinária	Lei n. 15.791/1993
Salvador	Lei Ordinária	Lei n. 4.301/1991
São Luís	Lei ordinária	Lei n. 3.200/1992
São Paulo	Lei Ordinária	Lei n. 13.563/2003
Teresina	Lei Ordinária	Lei n. 2.047/1991
Vitória	Lei Ordinária	Lei n. 3.711/1991

Fonte: BELÉM (1992); BELO HORIZONTE (1992); BOA VISTA (2011); CAMPO GRANDE (2001); CUIABÁ (2003); CURITIBA (2012); FLORIANÓPOLIS (1988); FORTALEZA (1997); GOIÂNIA (1991); MANAUS (2007); PALMAS (2009); PORTO ALEGRE (1993); PORTO VELHO (1991); RECIFE (1993); SALVADOR (1991); SÃO LUÍS (1992); TERESINA (1991); VITÓRIA (1991).

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 167 veda qualquer existência de fundos sem a devida autorização legislativa. Desta forma, cabe ao Poder Legislativo local aprovar a criação de fundos daquela respectiva esfera de governo. A obrigatoriedade de que as transferências de recursos somente seriam possíveis por meio do fundo de saúde fez com que os municípios criassem seus respectivos fundos. Verifica-se na tabela que todos os fundos de saúde analisados foram aprovados pela respectiva casa legislativa. Observa-se também que o ano de

criação dos fundos de saúde da maioria das capitais pesquisadas é entre os anos de 1991 e 1993. Anos em que as Normas Operacionais instituíram os repasses fundo a fundo. Não podemos negar que as transferências automáticas descentralizaram os recursos da saúde, alcançando milhares de municípios que, até então, não haviam sido contemplados com repasses federais e também estimulou maior autonomia ao gestor municipal. Entretanto, o poder indutor da esfera federal permaneceu, uma vez que as transferências de recursos são ainda pautadas por adesão a programas federais.

4.1.2 Análise dos Objetivos

Neste item serão analisados os objetivos previstos dos fundos de saúde nas respectivas Leis de Criação.

Quadro 3 – Relação dos objetivos previstos nas Leis de Criação dos FMS analisadas.

Capitais	Objetivos definidos na legislação municipal
Belém	Criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde, executadas, controladas ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde.
Belo Horizonte	Dar condições financeiras e de gerência aos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde executadas ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde.
Boa Vista	Criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde, executadas ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde.
Campo Grande	Apoiar financeiramente os programas e projetos na área de saúde no município de Campo Grande/MS.
Cuiabá ⁸	Fica criado o Fundo Municipal Único de Saúde, que consiste em um conjunto de recursos da seguridade social, proveniente do orçamento do município, de transferências federais e estaduais, e de outras fontes, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde.
Curitiba	Criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações e serviços públicos de saúde, executadas ou coordenadas pela Secretaria Municipal da Saúde.

continua

⁸ O município não possui lei específica do fundo municipal de saúde e suas competências se confundem com as da própria Secretaria Municipal de Saúde.

continuação

Capitais	Objetivos definidos na legislação municipal
Florianópolis	Desenvolver ou apoiar programas de trabalho e projetos relacionados com a saúde pública, individual e coletiva, e com o meio ambiente, no âmbito do município de Florianópolis.
Fortaleza	Cobrir despesas relativas à implantação e manutenção de programas de saúde pública.
Goiânia	Criar condições financeiras e de gerenciamento dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações e serviços de saúde, executadas ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde.
Manaus	Criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações e serviços de saúde, executados ou coordenados pela Secretaria Municipal de Saúde.
Palmas	Criar condições financeiras e de gerenciamento de recursos destinados ao desenvolvimento de ações e serviços de saúde, executados e coordenados pela Secretaria Municipal da Saúde, para implantação, consolidação e manutenção do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com os princípios e normas a ele aplicáveis.
Porto Alegre ⁹	O conjunto dos recursos destinados às ações e serviços de saúde no município constitui o Fundo Municipal de Saúde, na forma da lei.
Porto Velho	Criar condições financeiras e, de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações e serviços de saúde, executadas ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde.
Recife	Criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde, executadas ou coordenadas pela Secretaria de Saúde.
Salvador	Gerenciar os recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde.
São Luís ¹⁰	O fundo Municipal de saúde, criado pelo parágrafo 3 do artigo 9 do Ato das Disposições Transitórias da Lei Orgânica do Município de São Luís, tem por objetivos: I – Atendimento à saúde universalizado, integralizado, regionalizado e hierarquizado; II – A Vigilância Sanitária e Epidemiológica, bem como as ações de saúde de interesse individual e coletivo correspondentes; III – O controle e a fiscalização das agressões ao meio ambiente, nele compreendido o ambiente de trabalho, em comum acordo com as organizações competentes das esferas federal e estadual.
São Paulo	Criar condições financeiras e de gerenciamento de recursos destinados ao desenvolvimento de ações e serviços de saúde, executados e coordenados pela Secretaria Municipal da Saúde – SMS, para implantação, consolidação e manutenção do Sistema Único de Saúde – SUS, de acordo com os princípios e normas a ele aplicáveis.

continua

⁹ A constituição e o objetivo do Fundo de Saúde de Porto Alegre estão previstos na Lei Orgânica Municipal, cabendo à Lei Complementar 296 disciplinar as demais atribuições e destinações do FMS.

¹⁰ A criação do FMS de São Luís está previsto na Lei Orgânica Municipal.

continuação

Capitais	Objetivos definidos na legislação municipal
Teresina	Criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde, executadas ou coordenadas pela Secretaria de Saúde.
Vitória	Criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde, executadas ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Fonte: BELÉM (1992); BELO HORIZONTE (1992); BOA VISTA (2011); CAMPO GRANDE (2001); CUIABÁ (2003); CURITIBA (2012); FLORIANÓPOLIS (1988); FORTALEZA (1997); GOIÂNIA (1991); MANAUS (2007); PALMAS (2009); PORTO ALEGRE (1993); PORTO VELHO (1991); RECIFE (1993); SALVADOR (1991); SÃO LUÍS (1992); TERESINA (1991); VITÓRIA (1991).

Reis (2012) diz que o fundo especial deverá vincular-se à realização de programas de trabalhos de interesse da administração por esta priorizado, cujo controle é feito por meio de planos de aplicação e contabilidades próprios.

Observa-se nas capitais pesquisadas que os objetivos previstos nas respectivas Leis de Criação do FMS apresentam o desenvolvimento das ações de saúde para consolidação do Sistema Único de Saúde como ações prioritárias, levando-se em conta que a definição das ações prioritárias devem ser feitas a partir de demandas legitimadas socialmente, por meio da participação da comunidade na formação dos respectivos planos de saúde e demais instrumentos de planejamento.

4.1.3 Análise Composição dos Recursos Financeiros

Neste item quer se verificar a composição dos recursos financeiros do FMS dos municípios analisados.

Quadro 4 – Composição dos recursos financeiros e dos ativos previstos nas Leis de Criação do FMS.

Capitais	Composição dos Recursos Financeiros
Belém	<p>Art. 5º – São receitas do Fundo Municipal de Saúde:</p> <p>I – as transferências oriundas do Orçamento da Seguridade Social, como decorrência do que dispõe o artigo 30, item VII, da Constituição Federal;</p> <p>II – os rendimentos e os juros provenientes de aplicações financeiras;</p> <p>III – o produto de arrecadação de taxas já instituídas e daquelas que o município vier a criar no setor saúde, multas e juros de mora decorrentes de infrações à legislação sanitária municipal;</p> <p>IV – o produto de convênio firmados com outras entidades públicas ou privadas;</p> <p>V – parcelas do produto da arrecadação de outras receitas próprias oriundas das atividades econômicas, de prestação de serviços e de outras transferências que o município tenha direito a receber por força de lei ou de convênios no setor;</p> <p>VI – doações em espécie ou em títulos de aplicação financeira que lhes sejam feitas diretamente.</p> <p>Parágrafo Único – As receitas descritas neste artigo serão depositadas obrigatoriamente em conta especial a ser aberta e mantida em agência de estabelecimento oficial de crédito.</p>
Belo Horizonte	<p>Art. 5º – São receitas do Fundo:</p> <p>I – dotações consignadas no orçamento municipal e créditos adicionais que lhe sejam destinados;</p> <p>II – recursos provenientes do Sistema Único de Saúde, a que se refere o art. 3º da Lei Federal 8.142, de 28 de dezembro de 1990;</p> <p>III – produto de convênios firmados com outras entidades;</p> <p>IV – doações feitas diretamente para o Fundo;</p> <p>V – o produto da arrecadação de taxa de fiscalização sanitária e de higiene, multas e juros de mora por infrações ao Código Sanitário Municipal, bem como parcelas de arrecadação de outras taxas já instituídas e daquelas que o município vier a criar;</p> <p>VI – produto de operações de crédito e de aplicações de seus recursos financeiros;</p> <p>VII – outras receitas.</p>
Boa Vista	<p>Art. 5º São receitas do Fundo Municipal de Saúde:</p> <p>I – receitas provenientes de transferências governamentais;</p> <p>II – rendimentos, acréscimos, juros e correção monetária, provenientes de aplicações financeiras;</p> <p>III – receitas provenientes de convênios firmados com outras entidades financiadoras;</p> <p>IV – o produto da arrecadação da taxa de fiscalização sanitária e de higiene, multas e juros de mora por infração ao Código Sanitário Municipal, bem como as parcelas de arrecadação de outras taxas já instituídas e daquelas que o município vier a criar, e o produto da arrecadação dos serviços prestados pelo município a terceiros relacionados à saúde pública;</p> <p>V – receitas provenientes de convênios com entidades de direito público ou privado, nacionais e internacionais;</p> <p>VI – receitas provenientes de eventos realizados com finalidade específica para auferir recursos para os serviços de saúde;</p> <p>VII – doações em espécie feitas diretamente ao Fundo Municipal de Saúde.</p> <p>§ 1º As receitas mencionadas neste artigo serão depositadas obrigatoriamente em contas especiais a serem mantidas em agência de estabelecimento oficial de crédito.</p> <p>§ 2º As deliberações dos recursos financeiros do Fundo Municipal de Saúde serão efetuadas pela Secretaria Municipal de Finanças, mediante apresentação dos processos de pagamento, em consonância com o inciso VII do artigo 4º desta Lei.</p>

continua

continuação

Campo Grande	<p>Art. 2º – O Fundo Municipal de Saúde se constitui de receitas orçamentárias compreendendo:</p> <p>I – dotações consignadas no orçamento anual da Prefeitura;</p> <p>II – rendimentos das aplicações realizadas com recursos do Fundo;</p> <p>III – recursos oriundos de receitas diversas.</p> <p>Art. 3º – Poderão ainda constituir receita do Fundo Municipal de Saúde, recursos oriundo de:</p> <p>I – auxílios, subvenções ou transferências dos Governos Estadual e Federal;</p> <p>II – legados, doações e outras receitas que legalmente lhe possam ser incorporadas.</p>
Cuiabá	Sem previsão na lei de criação
Curitiba	<p>Art. 7º São receitas do Fundo Municipal da Saúde:</p> <p>I – as transferências oriundas:</p> <p>a) da seguridade social, conforme dispõe o inciso VII do art. 30 da Constituição Federal;</p> <p>b) do orçamento do estado; e</p> <p>c) do orçamento do município.</p> <p>II – os rendimentos e os juros provenientes de aplicações financeiras;</p> <p>III – o produto de convênios firmados com entidades financiadoras, nacionais ou estrangeiras;</p> <p>IV – o produto da arrecadação da taxa de fiscalização sanitária e de higiene, multas e juros de mora por infrações ao Código de Saúde de Curitiba;</p> <p>V – as parcelas do produto de arrecadação de outras receitas próprias oriundas das atividades econômicas de prestação de serviços e de outras transferências que o município tenha direito a receber por força de lei e de convênios na área da saúde;</p> <p>V – rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais, alienações patrimoniais e rendimentos de capital;</p> <p>VI – doações, ajudas ou contribuições em espécies efetuadas diretamente ao Fundo Municipal da Saúde; e</p> <p>VII – outras fontes.</p> <p>§ 1º As receitas descritas neste artigo serão depositadas obrigatoriamente em conta especial a ser aberta em estabelecimento oficial de crédito e mantida em nome do Fundo Municipal da Saúde.</p>
Florianópolis	<p>Art. 3º – Constituem recursos financeiros do Fundo:</p> <p>I – As dotações previstas no Orçamento Geral do município;</p> <p>II – As contribuições, subvenções e auxílios de órgãos da Administração Direta e Indireta, Federal, Estadual e Municipal;</p> <p>III – As receitas oriundas de Convênios, acordos e contratos celebrados entre o município e instituições públicas e privadas, cuja execução seja de competência da Secretaria Municipal de Saúde ou equivalente;</p> <p>IV – AS dotações recebidas de pessoas físicas ou jurídicas ou organismos públicos nacionais ou estrangeiros;</p> <p>V – O produto da alienação de material ou equipamento inservível, observada a legislação vigente;</p> <p>VI – A remuneração oriunda e aplicação financeira;</p> <p>VII – Outras receitas especificamente ao Fundo;</p> <p>VIII – OS saldos de exercícios anteriores.</p>

continua

continuação

Fortaleza	<p>Art. 2º – Constituem-se recursos financeiros do Fundo Municipal de Saúde:</p> <p>I – Subvenções, auxílios e contribuições oriundas de organismos públicos, privados e filantrópicos;</p> <p>II – Transferências decorrentes de convênios e acordos;</p> <p>III – Doações de pessoas físicas e jurídicas públicas e privadas, nacionais e estrangeiras;</p> <p>IV – O produto da arrecadação das multas por infrações às disposições das Autoridades Sanitárias Municipais, provenientes do exercício do poder de polícia da Secretaria de Saúde do município;</p> <p>V – O produto da arrecadação das taxas de serviços;</p> <p>VI – Outras receitas.</p>
Goiânia	<p>Art. 2º – São receitas do Fundo;</p> <p>I – As transferências oriundas do Fundo Nacional de Saúde e do Fundo Estadual de Saúde, como decorrência do que dispõe o art.30, inciso VII, da Constituição da República;</p> <p>II – Receitas auferidas por aplicações financeiras.</p> <p>III – O produto de convênios firmados com outras entidades de direito público e privado;</p> <p>IV – O produto das parcelas de serviços e de outras transferências que o município tenha direito a receber por força da Lei e de convênios do setor;</p> <p>V – Contribuições, donativos e legados de pessoas físicas e jurídicas de direito público e privado;</p> <p>VI – Arrecadações de taxas e multas provenientes do setor de Zoonoses;</p> <p>VII – Retenção do Imposto de Renda na Fonte de servidores e prestadores de serviço do fundo.</p>
Manaus	<p>Art. 5º – São Receitas do Fundo;</p> <p>I – as transferências oriundas do orçamento da Seguridade Social, como decorrência do que dispõe o Artigo 30, VII, da Constituição Federal;</p> <p>II – o produto de Convênios firmados com outras entidades financiadoras;</p> <p>III – o produto da arrecadação da taxa de fiscalização Sanitária e Higiene, multas e juros de mora por infrações ao Código de Posturas do município, bem como parcelas de arrecadação de outras taxas já instituídas e daquelas que o município vier a criar;</p> <p>IV – as parcelas do produto da arrecadação de outras receitas próprias das atividades econômicas de prestação de serviços e de outras transferências que o município tenha direito a receber por força da Lei de convênios no setor;</p> <p>V – doações em espécie feitas diretamente ao Fundo</p>
Porto Alegre	<p>Art. 164 – O Sistema Único de Saúde, no âmbito do município, será financiado com recursos orçamentários do município, do estado, da União, da seguridade social, além dos provenientes de outras fontes.</p>
Porto Velho	<p>Art. 6º – São receitas do Fundo;</p> <p>I – As transferências oriundas do Fundo Nacional de Saúde e do Fundo Estadual de Saúde, como decorrência do que dispõe o art.30, inciso VII, da Constituição da República;</p> <p>II – Rendimentos e Juros provenientes de aplicações financeiras;</p> <p>III – Produto de ajustes firmados com outras entidades financiadoras;</p> <p>IV – o produto de arrecadação de taxas de multas e juros de mora por infrações ao Código Sanitário Municipal;</p> <p>V – o produto das parcelas de serviços de outras transferências que o município tenha direito a receber por força de lei e de Convênios no setor;</p> <p>VI – doações em espécie feita diretamente para este Fundo.</p>

continua

continuação

Palmas	<p>Art. 5º Constituirão receitas do Fundo Municipal de Saúde:</p> <p>I – recursos provenientes do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156, bem como recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º, nos termos do art. 198, § 2º, inciso III e § 3º, inciso I, e do art. 77, inciso III, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, todos da Constituição Federal, com a redação dada pela Emenda Constitucional n. 29, de 14 de setembro de 2000;</p> <p>II – recursos transferidos pela União, estados e outros municípios, destinados às ações e serviços de saúde;</p> <p>III – recursos provenientes de transferências e doações de instituições públicas e privadas, nacionais ou internacionais;</p> <p>IV – recursos de outras fontes para o financiamento do SUS em nível municipal, recebidos a título de reembolso, de valores correspondentes ao sistema de assistência médica suplementar;</p> <p>V – contribuições, donativos e legados de pessoas físicas e jurídicas, de direito público ou privado, nacionais, estrangeiras ou internacionais;</p> <p>VI – auxílios, subvenções, transferências e participações em convênios e ajustes;</p> <p>VII – produto de arrecadação de multas, correção monetária e juros por infrações ao Código Sanitário, por descumprimento a termos de ajustamento de conduta celebrados no âmbito da saúde, ou outras normas relacionadas com a saúde pública;</p> <p>VIII – taxas decorrentes da fiscalização da vigilância em saúde e outras específicas que o município venha a criar no âmbito da saúde;</p> <p>IX – receitas de eventos realizados com finalidade específica de auferir recursos para os serviços de saúde;</p> <p>X – receitas auferidas de aplicações financeiras de seus recursos;</p> <p>XI – recursos provenientes de operações de crédito contraídas com a finalidade de atender a área da saúde.</p>
Recife	<p>Art. 5º São receitas do Fundo:</p> <p>I – as transferências oriundas dos recursos alocados para a Secretaria de Saúde no orçamento do município do Recife, exceto os recursos destinados a pagamento de salário e vencimento;</p> <p>II – as transferências oriundas do orçamento da Seguridade Social como decorrência do que dispõe o Art. 30, VII, da Constituição da República;</p> <p>III – os rendimentos e os juros provenientes de aplicações financeiras;</p> <p>IV – o produto de convênios firmados com outras entidades financiadoras;</p> <p>V – o produto da arrecadação da taxa de fiscalização sanitária e de higiene, multas e juros de mora por infrações ao Código Sanitário Municipal, bem como parcelas de arrecadação de outras taxas já instituídas e daquelas que o município do Recife vier a criar;</p> <p>VI – as parcelas do produto da arrecadação de outras receitas próprias oriundas das atividades econômicas, de prestação de serviços e de outras transferências que o município do Recife tenha direito a receber por força de lei e de convênios no setor;</p> <p>VII – doações em espécie feitas diretamente para este Fundo.</p>
Salvador	<p>Art. 2º – O Fundo Municipal de Saúde será suprido por recursos provenientes de:</p> <p>I – dotação do Governo Federal e Estadual em conformidade com os diplomas legais em vigor;</p> <p>II – rendimentos e os juros de aplicações financeiras;</p> <p>III – recursos do Fundo Nacional de Saúde conforme estabelecido em legislação específica;</p> <p>IV – o produto da arrecadação das taxas de fiscalização sanitárias e de higiene, multas e juros de mora por infrações ao Código de Polícia Administrativa do município do Salvador, bem como parcelas de arrecadação de outras taxas já instituídas e daquelas que o município vier a criar;</p> <p>V – o produto de convênios firmados com outras entidades financeiras;</p> <p>VI – doações;</p> <p>VII – outras receitas;</p> <p>VIII – dotações do orçamento municipal destinadas ao desenvolvimento das ações de saúde.</p>

continua

continuação

São Luís	<p>Art. 5 – São receitas do Fundo:</p> <p>I – as transferências oriundas do orçamento de Seguridade Social, como decorrência do que dispõe o Art. 30, VII, da Constituição da República;</p> <p>II – As receitas da Dotação orçamentária oriundas de recursos provenientes do Tesouro Municipal.</p> <p>III – os rendimentos e os juros provenientes de aplicações financeiras;</p> <p>IV – o produto de convênios firmados com outras entidades financeiras; V – o produto de arrecadação da taxa de fiscalização sanitária, e de higiene e juros de mora por infrações a Legislação Sanitária Municipal, exceto as definidas na Lei Municipal n. 3.172, de 06.11.91, bem como parcelas de arrecadação de outras taxas já instituídas e daquelas que o município vier a criar;</p> <p>VI – as parcelas do produto da arrecadação de outras receitas próprias oriundas das atividades econômicas, de prestação de serviços e de outras transferências que o município tenha direito a receber por força de lei e de convênios no setor;</p> <p>VII – doações em espécie feitas diretamente para este Fundo</p>
São Paulo	<p>Art. 5º – Constituirão receitas do Fundo Municipal de Saúde – FMS:</p> <p>I – recursos provenientes do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o artigo 156, bem como recursos de que tratam os artigos 158 e 159, inciso I, alínea "b" e parágrafo 3º, nos termos do artigo 198, parágrafo 2º, III e parágrafo 3º, I, e do artigo 77, III, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, todos da Constituição Federal, com a redação dada pela Emenda Constitucional n. 29, de 14 de setembro de 2000;</p> <p>II – recursos transferidos pela União, estado e outros municípios, destinados às ações e serviços de saúde;</p> <p>III – recursos provenientes de transferências e doações de instituições públicas e privadas, nacionais, estrangeiras e internacionais;</p> <p>IV – recursos de outras fontes para o financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS em nível municipal, recebidos a título de reembolso, de valores correspondentes ao sistema de assistência médica suplementar; recebidos a título de reembolso, de valores correspondentes ao sistema de assistência médica suplementar;</p> <p>V – contribuições, donativos e legados de pessoas físicas e jurídicas, de direito público ou privado, nacionais, estrangeiras e internacionais;</p> <p>VI – auxílios, subvenções, transferências e participações em convênios e ajustes;</p> <p>VII – o produto de arrecadação de multas, correção monetária e juros por infrações ao Código Sanitário;</p> <p>VIII – taxas de fiscalização sanitária e outras específicas que o município venha a criar no âmbito da saúde; IX – receitas de eventos realizados com finalidade específica de auferir recursos para os serviços de saúde;</p> <p>X – receitas auferidas de aplicações financeiras de seus recursos;</p> <p>XI – recursos provenientes de operações de crédito contraídas com a finalidade de atender a área da saúde;</p> <p>XII – outras receitas.</p>
Teresina	<p>Art. 5 – São receitas do Fundo:</p> <p>I – as transferências oriundas do orçamento de Seguridade Social, como decorrência do que dispõe o Art. 30, VII, da Constituição da República;</p> <p>II – os rendimentos e os juros provenientes de aplicações financeiras;</p> <p>III – O produto de convênios firmados com outras entidades financiadoras;</p> <p>IV – O produto de arrecadação de taxa de fiscalização sanitária e de higiene, multas e juros de mora por infrações ao Código Sanitário Municipal, bem como parcelas de arrecadação e outras taxas já instituídas e daquelas que o município vier a criar;</p> <p>V – As parcelas do produto de arrecadação de outras receitas próprias oriundas das atividades econômica, de prestação de serviços e de outras transferências que o município tenha direito a receber por força de lei e de convênios no setor;</p>

continua

continuação

Vitória	<p>Art. 5 – São receitas do Fundo:</p> <p>I – as transferências oriundas do orçamento de Seguridade Social, como decorrência do que dispõe o Art. 30, VII, da Constituição da República;</p> <p>II – os rendimentos e os juros provenientes de aplicações financeiras;</p> <p>III – o produto de convênios firmados com pessoas físicas e jurídicas, públicas e privadas, nacionais e internacionais;</p> <p>IV – o produto de arrecadação da taxa de fiscalização sanitária, multas e juros de mora por infrações ao Código Sanitário Municipal, bem como parcelas de arrecadação de outras taxas já instituídas e daquelas que o município vier a criar;</p> <p>V – as parcelas do produto da arrecadação de outras receitas próprias oriundas das atividades econômicas, de prestação de serviços e de outras transferências que o município tenha direito a receber por força de lei e de convênios no setor;</p> <p>VI – doações em espécie feitas diretamente para este Fundo.</p>
---------	--

Fonte: BELÉM (1992); BELO HORIZONTE (1992); BOA VISTA (2011); CAMPO GRANDE (2001); CUIABÁ (2003); CURITIBA (2012); FLORIANÓPOLIS (1988); FORTALEZA (1997); GOIÂNIA (1991); MANAUS (2007); PALMAS (2009); PORTO ALEGRE (1993); PORTO VELHO (1991); RECIFE (1993); SALVADOR (1991); SÃO LUÍS (1992); TERESINA (1991); VITÓRIA (1991).

As receitas previstas para financiamento das ações e serviços de saúde devem estar contidas nas contas do Fundo Municipal de Saúde e serem contabilizadas obedecendo às normas gerais de Contabilidade Pública. Vale ressaltar que as receitas orçamentárias vinculadas ao Fundo de Saúde devem estar previstas nas respectivas Leis Orçamentárias Anuais. Para fins de cumprimento da emenda constitucional 29, de acordo com a Lei Complementar 141, a composição da receita para a apuração dos valores municipais a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, dar-se-á nos seguintes moldes:

Quadro 5 – Base de cálculo municipal para a definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde.

Total das receitas de impostos municipais

Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISS

Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU;

Imposto sobre a transmissão de bens imóveis – ITBI

(+) Receitas de transferências da União:

Quota-Parte do Fundo de Participação dos municípios – FPM

Quota-Parte do Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural – ITR

Quota-Parte da Lei Complementar n.º 87/96 (Lei Kandir)

(+) Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF

(+) Receitas de transferências do estado

Quota-Parte do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS

Quota-Parte do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores – IPVA

Quota-Parte do Imposto sobre produtos industrializados – IPI – Exportação

(+) Outras Receitas Correntes:

Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária.

= BASE DE CÁLCULO MUNICIPAL

Fonte: Publicação CONASS (2011)

Os instrumentos legais analisados demonstram que a composição das receitas previstas do FMS atendem à previsão constitucional e demonstram a vinculação existente das receitas para atender os objetivos específicos dos respectivos fundos de saúde. Entretanto, alguns itens relacionados na respectiva composição não podem ser considerados despesas com ações e serviços de saúde para fins de percentual de cumprimento da Emenda Constitucional 29 como exemplo recursos de convênios e doações em espécie feitas diretamente ao respectivo fundo, uma vez que estas receitas não são produtos de impostos.

4.1.4 Análise da Responsabilidade Legal pela Administração

Neste item, pretende-se verificar a responsabilidade legal pela administração do FMS.

Quadro 6 – Responsabilidade legal pela Administração do FMS.

Capitais	Responsabilidade Legal pela Administração
Belém	Secretário Municipal de Saúde
Belo Horizonte	Secretário Municipal de Saúde
Boa Vista	Secretário Municipal de Saúde
Campo Grande	Secretário Municipal de Saúde
Cuiabá	Secretário Municipal de Saúde
Curitiba	Secretário Municipal de Saúde
Florianópolis	Secretário Municipal de Saúde
Fortaleza	Secretário Municipal de Saúde
Goiânia	Secretário Municipal de Saúde
Manaus	Secretário Municipal de Saúde
Palmas	Secretário Municipal de Saúde
Porto Alegre	Secretário Municipal de Saúde
Porto Velho	Secretário Municipal de Saúde
Recife	Secretário Municipal de Saúde
Salvador	Secretário Municipal de Saúde

continua

continuação

Capitais	Responsabilidade Legal pela Administração
São Luís	Secretário Municipal de Saúde
São Paulo	Secretário Municipal de Saúde
Teresina	Secretário Municipal de Saúde
Vitória	Secretário Municipal de Saúde

Fonte: BELÉM (1992); BELO HORIZONTE (1992); BOA VISTA (2011); CAMPO GRANDE (2001); CUIABÁ (2003); CURITIBA (2012); FLORIANÓPOLIS (1988); FORTALEZA (1997); GOIÂNIA (1991); MANAUS (2007); PALMAS (2009); PORTO ALEGRE (1993); PORTO VELHO (1991); RECIFE (1993); SALVADOR (1991); SÃO LUÍS (1992); TERESINA (1991); VITÓRIA (1991).

Em cada esfera de governo o Sistema Único de Saúde possui direção autônoma, bem como a administração de seus recursos financeiros. Cabe ao gestor municipal de Saúde ser o ordenador de despesas do respectivo fundo.

Cabe inicialmente conceituar o termo “ordenador de despesas”. A definição legal do termo encontra-se no Decreto-Lei n. 200 (BRASIL, 1967), de 25/2/1967.

Art. 80. Os órgãos de contabilidade inscreverão como responsável todo o ordenador da despesa, o qual só poderá ser exonerado de sua responsabilidade após julgadas regulares suas contas pelo Tribunal de Contas.

§ 1º Ordenador de despesas é toda e qualquer autoridade de cujos atos resultarem emissão de empenho, autorização de pagamento, suprimento ou dispêndio de recursos da União ou pela qual esta responda.

De acordo com o artigo 198 da Constituição Federal, no caso da gestão do Sistema Único de Saúde – SUS em cada esfera de governo, a mesma possui direção única.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera governo; (BRASIL, 1988)

Além da previsão constitucional, a Lei n. 8.080/1990 (BRASIL, 1990), que regula as ações e serviços de saúde, rege que a direção do SUS é única e fica a cargo, nos caso dos municípios, da Secretaria de Saúde ou órgão equivalente, a qual têm as atribuições de movimentação das receitas e administração dos recursos orçamentários e financeiros da saúde.

Art. 9º. A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada

esfera de governo pelos seguintes órgãos:

III – no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente. [...]

Art. 15. A União, os estados, o Distrito Federal e os municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

II – administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

Portanto, a ordenação de despesas dos recursos dos fundos de saúde, sob administração da secretaria municipal de saúde, deve ser realizada pelo titular do SUS nas respectivas esferas de gestão, podendo também ser exercida em conjunto com os respectivos chefes do Poder Executivo em cada esfera de Governo, se assim desejarem.

Todos os instrumentos analisados demonstram que a administração dos fundos de saúde é de responsabilidade do respectivo dirigente da pasta. Cabendo a este responder pela ordenação de despesa e a devida prestação de contas aos órgãos de controle.

4.1.5 Responsabilidade de Fiscalização

Neste item quer se verificar a participação do Controle Social por meio dos Conselhos Municipais de Saúde na fiscalização da gestão do FMS.

Quadro 7 – Participação do Controle Social na fiscalização da Gestão do FMS.

Capitais	RESPONSABILIDADE DE FISCALIZAÇÃO
Belém	Art. 4º – São atribuições do Secretário Municipal de Saúde, enquanto administrador do Fundo Municipal de Saúde: III – submeter ao Conselho Municipal de Saúde o orçamento do Fundo Municipal de Saúde, em consonância com o Plano Municipal de Saúde e com a Lei de Diretrizes Orçamentárias; (...) IV – submeter ao Conselho Municipal de Saúde; a) trimestralmente, as demonstrações de receita e despesa do Fundo Municipal de Saúde, e b) anualmente, inventário dos bens móveis e imóveis, o balanço geral e a prestação de contas anual do Fundo Municipal de Saúde, incluindo relatório de gestão;
Belo Horizonte	Art. 4º – A aplicação dos recursos do Fundo será fiscalizada pelo Conselho Municipal de Saúde, respeitadas as normas traçadas pelo Plano Municipal de Saúde.

continua

continuação

Boa Vista	Art. 2º O Fundo Municipal de Saúde é vinculado à Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) e fiscalizado pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), por meio do Conselho Fiscal, eleito conforme as diretrizes emanadas da Conferência Municipal de Saúde, com duração indeterminada.
Campo Grande	Art. 7º – O FMS observará, nos termos da Lei Federal n. 4.320, de 17 de março de 1964, normas peculiares de controle, prestação e tomadas de contas, conforme dispuser o regulamento.
Cuiabá	Art. 10 Compete ao Conselho Municipal de Saúde: (...) V – Fiscalizar a movimentação dos recursos financeiros do Fundo Único de Saúde Municipal
Curitiba	Art. 5º São atribuições do Secretário Municipal da Saúde: (...) IV – submeter ao Conselho Municipal de Saúde o plano de aplicação a cargo do Fundo Municipal da Saúde, em consonância com o Plano Municipal de Saúde e com a Lei de Diretrizes Orçamentárias; V – submeter ao Conselho Municipal de Saúde e a Câmara de Vereadores, em audiência pública, as demonstrações quadrimestrais das receitas e despesas do Fundo Municipal de Saúde;
Florianópolis	Art. 4º – O FMS atenderá às disposições estabelecidas na Lei Federal 4.320, de 17 de março de 1967 e na Lei n. 5.164, de 27 de novembro de 1975, bem como as normas baixadas pelo Órgão responsável pela fiscalização do Sistema Estadual de Administração Financeira, Contabilidade e Auditoria.
Fortaleza	Art. 2º – O FMS será gerido pelo Secretário Municipal de Desenvolvimento Social – SMDS, a quem compete: I – estabelecer políticas de aplicação dos recursos em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde – CMS; (...) III – submeter ao CMS o plano de aplicação a cargo do FMS, em consonância com o PMS e com a Lei de Diretrizes Orçamentárias; IV – submeter ao CMS as demonstrações de receita e despesa do FMS;
Goiânia	Art. 9º – O Fundo Municipal de Saúde-FMS ficará vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, competindo a sua Administração ao respectivo Secretário, auxiliado por um Coordenador, sob a fiscalização do Conselho Municipal de Saúde.
Manaus	Art. 1º A Lei n. 066, de 11/06/1991, instituiu o Conselho Saúde, passa a vigorar com as alterações instituídas por esta Lei, competindo ao Conselho: IV – definir critérios para a programação e execução financeira e orçamentária do Fundo Municipal de Saúde – FMS, fiscalizando a movimentação e o destino dos recursos;
Palmas	Art. 4º A fiscalização e o acompanhamento da gestão do Fundo caberão ao Conselho Municipal de Saúde. Parágrafo Único – Fica assegurado ao Conselho Municipal de Saúde o acesso, a qualquer tempo, às informações contábeis e financeiras referentes ao Fundo.
Porto Alegre	Art. 3º – São atribuições da Junta de Administração: I – gerir os recursos do Fundo e fixar as suas diretrizes operacionais, de acordo com as políticas de aplicação estabelecidas pelo Conselho Municipal de Saúde; II – elaborar o Plano de Aplicação, a proposta orçamentária dos recursos do Fundo e sua programação financeira, submetendo-as ao Conselho Municipal de Saúde;

continua

continuação

Porto Velho	Art. 2º – O Fundo Municipal de Saúde – FMS ficará vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, competindo a sua administração ao respectivo Secretário, auxiliado por um Coordenador, sob a fiscalização do Conselho Municipal de Saúde.
Recife	Art. 3º São atribuições do Secretário de Saúde, além de outras especificadas em leis ou decretos: I – gerir o Fundo Municipal de Saúde e estabelecer políticas de aplicação dos seus recursos em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde; (...) III – submeter ao Conselho Municipal de Saúde o plano de aplicação a cargo do Fundo em consonância com o Plano Municipal de Saúde e com a Lei de Diretrizes Orçamentárias; IV – submeter ao Conselho Municipal de Saúde as demonstrações mensais de receita e despesa do Fundo;
Salvador	Não há previsão na Lei de criação do FMS.
São Luís	Art. 3. – São atribuições do Secretário Municipal de Saúde: I – Gerir o Fundo Municipal de Saúde e estabelecer políticas de aplicação de seus recursos em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde; (...) III – Submeter ao Conselho Municipal de Saúde o plano de aplicação a cargo do Fundo, em consonância com o Plano Municipal de Saúde e com a Lei de Diretrizes Orçamentárias do município;
São Paulo	Art. 4º – A fiscalização e o acompanhamento da gestão do Fundo caberão ao Conselho Municipal de Saúde. Parágrafo único – Fica assegurado ao Conselho Municipal de Saúde o acesso, a qualquer tempo, às informações contábeis e financeiras referentes ao Fundo.
Teresina	Art. 3. – São atribuições do Secretário Municipal de Saúde: I – Gerir o Fundo Municipal de Saúde e estabelecer políticas de aplicação de seus recursos em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde; (...) III – Submeter ao Conselho Municipal de Saúde o plano de aplicação a cargo do Fundo, em consonância com o Plano Municipal de Saúde e com a Lei de Diretrizes Orçamentárias do município; IV – Submeter ao Conselho Municipal de Saúde as demonstrações mensais de receita e despesa do Fundo;
Vitória	Art. 3. – São atribuições do Secretário Municipal de Saúde: I – Gerir o Fundo Municipal de Saúde e estabelecer políticas de aplicação de seus recursos em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde; (...) III – Submeter ao Conselho Municipal de Saúde o plano de aplicação a cargo do Fundo, em consonância com o Plano Municipal de Saúde e com a Lei de Diretrizes Orçamentárias do município; IV – Submeter ao Conselho Municipal de Saúde as demonstrações mensais de receita e despesa do Fundo;

Fonte: BELÉM (1992); BELO HORIZONTE (1992); BOA VISTA (2011); CAMPO GRANDE (2001); CUIABÁ (2003); CURITIBA (2012); FLORIANÓPOLIS (1988); FORTALEZA (1997); GOIÂNIA (1991); MANAUS (2007); PALMAS (2009); PORTO ALEGRE (1993); PORTO VELHO (1991); RECIFE (1993); SALVADOR (1991); SÃO LUÍS (1992); TERESINA (1991); VITÓRIA (1991).

Uma das grandes conquistas introduzidas pela Constituição Federal de 1988 e incorporada pelo Sistema Único de Saúde foi a participação popular nas políticas de saúde no Brasil, por meio dos conselhos de saúde (BRASIL, 2005). A

descentralização das ações e serviços de saúde com o direcionamento de responsabilidades para os municípios que estavam sob a carga da União e dos estados fez com que os conselhos municipais de saúde tenham se tornado espaço de participação social no processo decisório das políticas de saúde.

Os conselhos de saúde foram instituídos a partir da publicação das Leis n. 8.080 e n. 8.142 BRASIL (1990) onde nesta última estabelece a representação de diferentes segmentos da sociedade civil nas conferências e conselhos de saúde, nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal (Brasil, 1990).

A Lei Complementar 141 (BRASIL, 2012) define que os conselhos de saúde devem aprovar as contas bem como avaliar a gestão do SUS em sua respectiva unidade federativa. A citada lei institui ainda que o repasse dos recursos para os fundos de saúde está condicionado à existência e funcionamento do respectivo conselho de saúde. Das capitais analisadas, somente os municípios de Salvador e Campo Grande não possuem previsão na Lei de Criação do FMS, de fiscalização do seu respectivo Fundo de Saúde sob a responsabilidade do Conselho Municipal de Saúde, nas demais capitais brasileiras pesquisadas há esta previsão.

Entretanto, mesmo não havendo a previsão na Lei de Criação do FMS a obrigatoriedade de prestar contas ao respectivo Conselho de Saúde encontra-se sob a égide de outros instrumentos legais em vigor e que devem ser cumpridos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve como objeto analisar a organização dos fundos municipais de saúde a partir da análise das leis de criação dos fundos municipais de saúde de 19 capitais brasileiras por meio dos Instrumentos de Criação, dos objetivos previstos nos instrumentos, da composição dos Recursos financeiros, da Responsabilidade legal pela Administração e da responsabilidade de Fiscalização.

O período de criação dos fundos demonstrou o claro poder indutor do governo federal, pois coincide com o período de institucionalização dos repasses ditos fundo a fundo por meio das Normas Operacionais em vigência a época. Os objetivos previstos demonstram a vinculação à execução das ações e serviços de saúde obedecendo a características previstas na doutrina de realizar determinados objetivos para atender a programas de trabalhos específicos previstos nos respectivos programas de trabalhos e no caso estudado nos planos de saúde.

Observa-se que as receitas especificadas que compõem os recursos do fundo de saúde atendem ao preceito constitucional, entretanto alguns componentes não podem ser considerados gastos com ações e serviços de saúde para fins de aplicação da Emenda Constitucional n. 29, pois não são provenientes de impostos.

No tocante a responsabilidade legal pela administração dos fundos de saúde analisados é demonstrado que todas as capitais brasileiras possuem o respectivo secretário de saúde como ordenador de despesa e administrador do fundo, atendendo a legislação vigente e fortalecendo o comando único na gestão local do SUS.

A participação social é demonstrada por meio da previsão de fiscalização do Conselho de Saúde na gestão do fundo além da obrigatoriedade de submissão, por parte do gestor municipal, do plano de aplicação dos recursos orçamentários consoante ao respectivo plano de saúde.

Foi observada a similaridade de redação dos instrumentos legais analisados, prioritariamente aqueles com o mesmo período de criação. Esta semelhança pode demonstrar fragilidade no processo de operacionalização dos respectivos fundos, pois podem não expressar a realidade local de gestão.

Vale destacar que a regulamentação das atividades do fundo na maioria das capitais analisadas é feita por meio de Decreto do Poder Executivo Municipal, instrumento este mais suscetível a ser modificado, pois não é apreciado e aprovado

pelo respectivo poder legislativo.

Apesar de não ser um dos itens analisados é importante salientar que a exigência do fundo ser unidade orçamentária e gestora, somente é formalizado no município de Curitiba, as demais capitais não apresentam esta determinação. No entanto essa exigência pode ser processada por meio de outros instrumentos como a previsão na própria Lei de Diretrizes Orçamentárias do município ou por Decreto emitido pelo chefe do Poder Executivo.

Por tudo que foi exposto anteriormente e pelos resultados demonstrados nas análises observa-se a importância da Gestão dos Recursos do SUS por meio dos Fundos de Saúde, possibilitando a visualização das fontes de receitas, do volume de recursos transferidos e aplicados, dos rendimentos financeiros além das despesas realizadas, desta forma facilitando o controle social permitindo a aplicação de recursos exclusivamente para a saúde.

Recomenda-se ainda a necessidade de revisão das leis criação com vistas a atender a realidade local e em função das inovações legais estabelecidas pela Lei Complementar 141.

Ao finalizar este estudo, é preciso salientar que a pesquisa se configurou como uma pesquisa documental, portanto de uma realidade específica daquelas capitais. Ela foi investigada com profundidade, porém sem pretensão de que os achados sejam generalizados, pois podem (ou não) diferir da realidade de outros municípios. Portanto, esta não pode ser considerada uma limitação, mas uma característica inerente a esse tipo de pesquisa.

Por último, saliento que as questões aqui abordadas não esgotam as inúmeras possibilidades de análise que suscitam o presente estudo, da qual foram sendo recortados apenas alguns aspectos. É importante salientar que os gestores públicos, principalmente, no âmbito municipal, vêm convivendo com novas responsabilidades que vão além da necessidade de manter o equilíbrio financeiro. É preciso desenvolver ações, como a prática de uma política de educação permanente da gestão, que visem melhores resultados na aplicação dos recursos existentes, para que desta forma, possam suprir as novas e crescentes demandas nas ações e serviços públicos de saúde.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, Elizabeth. *Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002. Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde.

BRASIL. *Decreto-Lei 200, de 25 de fevereiro de 1967*: dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm>. Acesso em: 3 jan. 2013.

_____. *Lei n. 4320, de 17 de março de 1964*: estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4320.htm>. Acesso em: 3 jan. 2013.

_____. *Constituição Federal, de 5 de outubro de 1988*.

_____. Constituição Federal. *Emenda Constitucional 29, de 13 de setembro de 2000*: altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm>. Acesso em: 16 maio 2013.

_____. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislação>. Acesso em: 31 ago. 2011.

_____. *Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990*: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislação>.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006*: divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n. 699, de 30 de março de 2006*: conforma um conjunto de mudanças articuladas em três dimensões: em Defesa do SUS, pela Vida e de Gestão. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n. 204/GM de 29 de janeiro de 2007*: regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde na forma de Blocos de Financiamento e seu respectivo monitoramento e controle. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br>.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 837, de 24 de abril de 2009: altera e acrescenta dispositivos à Portaria n. 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema. *DOU* de 24/4/2009.

_____. Ministério da Saúde. (2007a) *Portaria n. 1497, de 22 de junho de 2007*: estabelece orientações para a operacionalização do repasse dos recursos que compõem os blocos. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: 31 ago. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Série B: textos básicos de saúde.

_____. *Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012*: regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>.

BUGARIN, Bento José. *Igualdade*, Ministério Público do Estado do Paraná, Curitiba, ano V, n. XIV, jan./mar. 1997. Disponível em: <http://www2.mp.pr.gov.br/cpca/telas/ca_igualdade_10_2_1_1.php>.

CARVALHO, Gilson. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 435-444, 2001.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *O Financiamento da Saúde*. Brasília: CONASS, 2011. p. 52. Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 2.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

MAGALHÃES JÚNIOR, José César; TEIXEIRA, Ana Claudia C. (Org.). Fundos Públicos. São Paulo: Instituto, Pólis, 2004. (Publicações Pólis, 45) *Anais do Seminário “Fundos Públicos e Políticas Sociais”*; São Paulo, agosto de 2002.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Aquilas. O financiamento da atenção à saúde no Brasil. *PESQUISA & DEBATE*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 65-91, 2001.

MEDICI, André César. *Economia e financiamento do setor saúde no Brasil*: balanços

e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1994. p. 1-226.

MENDES, Áquilas. *Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no estado de São Paulo (1995–2001)*. Tese de doutorado. 2005. Campinas/SP: Instituto de Economia. Universidade Estadual de Campinas, 2005. 422p. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000376445&opt=1>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

_____. *Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado*. São Paulo: Hucitec, 2012.

NUNES, Cleucio Santos. *Orçamentos públicos: a Lei 4320/1964 comentada*. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010. p. 235.

PALUDO, Augustinho Vicente. *Orçamento público e administração financeira e orçamentária*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

PEREIRA, Blenda Leite Saturnino; TERRAZAS, Fernanda Vargas. A estruturação e a institucionalização do CONASEMS e dos COSEMS. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 48, p. 15-20, junho 2012.

REHEM, Renilson Souza. *Sistema Público de Saúde Brasileiro*. Texto apresentado no Foro de Europa y las Américas sobre Reforma del Sector Salud, Málaga, España del 24-27 de febrero del 2002.

SANTOS, Lenir. *SUS e a Lei Complementar 141 comentada*. Campinas: Saberes, 2012.

SILVA, De Plácido. *Vocabulário jurídico*. 15. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1998. p. 374.

VIANA, A. L. d'A.; HELMANN, Luiza; LIMA, Luciana; OLIVEIRA, Roberta; RODRIGUES, Sérgio. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18 (suplemento), p. 139-151, 2002.

SANCHES, Oswaldo Maldonado. Fundos Federais: origens, evolução e situação atual na administração federal. *Revista de Administração Pública (RAP/FGV)*, jul./ago. 2002.

BELÉM. *Lei Ordinária n. 7564, de 4 de fevereiro de 1992*: institui o Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.leismunicipais.com.br/a/pa/b/belem/lei-ordinaria/1992/756/7564/lei-ordinaria-n-7564-1992-institui-o-fundo-municipal-de-saude-e-da-outras-providencias-1992-02-04.html?wordkeytxt=7564>>. Acesso em: 14 maio 2013.

BELO HORIZONTE. *Lei n. 6.087, de 09 de janeiro de 1992*: institui o Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências. Disponível em:

<<http://www.leismunicipais.com.br/a/mg/b/belo-horizonte/lei-ordinaria/1992/608/6087/lei-ordinaria-n-6087-1992-institui-o-fundo-municipal-de-saude-e-da-outras-providencias-1992-08-05.html?wordkeytxt=6087>>. Acesso em: 14 maio 2013.

BOA VISTA. Lei n. 1355, de 19 de julho de 2011: dispõe sobre o Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial do Município de Boa Vista*, Boa Vista, n. 2.986 p. 2, 2011.

CAMPO GRANDE. Lei n. 2.794, de 8 de janeiro de 1991: cria o Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado do Mato Grosso do Sul*, Campo Grande, n. 2.966, publicado em 9 jan. 1991.

CUIABÁ. Lei Complementar n. 094, de 3 de julho de 2003: consolida as Leis Municipais de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <www.cuiaba.mt.gov.br/legislacao/paginas/leis/complementares/lc094.htm>. Acesso em: 3 jan. 2013.

CURITIBA. Lei n. 14.064, de 3 de julho de 2012: dispõe sobre o Fundo Municipal de Saúde. *Diário Oficial do Município*, Curitiba, publicado em 5 jul. 2012.

FLORIANÓPOLIS. Lei 3.081, de 10 de novembro de 1988: cria o Fundo Municipal de Saúde do Município de Florianópolis e dá outras providências. Disponível em: <http://www.leismunicipais.com.br/a/sc/f/florianopolis/lei-ordinaria/1988/308/3081/lei-ordinaria-n-3081-1988-cria-o-fundo-municipal-de-saude-do-municipio-de-florianopolis-e-da-outras-providencias-1988-11-10.html?wordkeytxt=3081> Acesso em: 14 maio 2013.

FORTALEZA. Lei n. 8028, de 3 de julho de 1997: reestrutura o Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.leismunicipais.com.br/a/ce/f/fortaleza/lei-ordinaria/1997/802/8028/lei-ordinaria-n-8028-1997-reestrutura-o-fundo-municipal-de-saude-e-da-outras-providencias-1997-07-03.html?wordkeytxt=8028>>. Acesso: 19 jun. 2013.

GOIÂNIA-GO. Lei n. 7047, de 30 de dezembro de 1991: dispõe sobre a criação do Fundo Municipal de Saúde – FMS e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.leismunicipais.com.br/a/go/g/goiania/lei-ordinaria/1991/704/7047/lei-ordinaria-n-7047-1991-dispoe-sobre-a-criacao-do-fundo-municipal-de-saude-fms-e-da-outras-providencias-1991-12-30.html?wordkeytxt=7047>>. Acesso em: 3 jan. 2013.

MANAUS. Lei n. 1094, de 9 de janeiro de 2007: altera a lei n. 066, de 11.06.1991, que institui o Conselho Municipal de Saúde – CMS, o Fundo Municipal de Saúde – FMS e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.leismunicipais.com.br/a/am/m/manuel/lei-ordinaria/2007/109/1094/lei-ordinaria-n-1094-2007-altera-a-lei-n-066-de-11-061991-que-institui-o-conselho-municipal-de-saude-cms-o-fundo-municipal-de-saude-fms-e-da-outras-providencias-2007-01-09.html?wordkeytxt=1094>>. Acesso em: 14 maio 2013.

PALMAS-TO. Lei n. 1.626, de 12 de agosto de 2009: estabelece normas de gestão e aplicação dos recursos do Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.leismunicipais.com.br/a/to/p/palmas/lei-ordinaria/2009/>>

162/1626/lei-ordinaria-n-1626-2009-estabelece-normas-de-gestao-e-aplicacao-dos-recursos-do-fundo-municipal-de-saude-e-da-outras-providencias-2009-08-12.html?wordkeytxt=1626>. Acesso: 19 jun. 2013.

PORTO ALEGRE. Lei Complementar 296, 24 de julho de 1993: dispõe sobre o Fundo Municipal de Saúde. *Diário Oficial do Estado*, Porto Alegre, p. 44, publicado em 28 jul. 1993. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgi-bin/nph-brs?s1=000029297.DOCN.&l=20&u=/netahtml/sirel/simples.html&p=1&r=1&f=G&d=atos&SECT1=TEXT>>. Acesso em: 3 jan. 2013.

PORTO VELHO. Lei n. 944, de 3 de abril de 1991: institui o Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial*, Porto Velho, n. 869, publicado em 9 de abril de 1991.

RECIFE. Lei n. 15.791, 10 de setembro de 1993: institui o Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.leismunicipais.com.br/a/pe/r/recife/lei-ordinaria/1993/1579/15791/lei-ordinaria-n-15791-1993-institui-o-fundo-municipal-de-saude-e-da-outras-providencias-1993-09-10.html?wordkeytxt=15791>>. Acesso em: 14 maio 2013.

SALVADOR. Lei n. 4.301, de 24 de janeiro de 1991: cria o Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.leismunicipais.com.br/a/ba/s/salvador/lei-ordinaria/1991/430/4301/lei-ordinaria-n-4301-1991-cria-o-fundo-municipal-de-saude-e-da-outras-providencias-1991-01-25.html?wordkeytxt=4301>>. Acesso em: 14 maio 2013.

SÃO LUÍS. Lei n. 3.200, de 20 de março de 1992: disciplina o Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial do Município*, São Luís, publicado em 23 de março de 1992.

SÃO PAULO-SP. Lei n. 13.563, de 24 de abril de 2003: dispõe sobre o Fundo Municipal de Saúde – FMS, revoga a Lei n. 10830, de 4 de janeiro de 1990, e dá outras providências. Disponível em: <http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/integra.asp?alt=25042003L%20135630000>. Acesso em: 3 jan. 2013.

TERESINA. Lei n. 2.047, de 25 de abril de 1991: institui o Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial do Município*, Teresina, n. 237, 6 maio 1991.

VITÓRIA. Lei n. 3.711, de 9 de janeiro de 1991: institui o Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.legislacaoonline.com.br/vitoria/images/leis/html/L37111991.html>>. Acesso em: 14 maio 2013.